

# **Muntlig rapportering på Haartmanska sjukhuset före ISBAR**

En kvantitativ och kvalitativ enkätundersökning

Sofia Fagerström

Examensarbete

Vård

2012



EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	3744
Författare:	Sofia Fagerström
Arbetets namn:	Muntlig rapportering på Haartmanska sjukhuset före ISBAR: En kvantitativ och kvalitativ enkätundersökning
Handledare (Arcada):	Annika Skogster
Uppdragsgivare:	Haartmanska sjukhuset
<p>Sammandrag:</p> <p>Rapportering är mycket centralt inom hälsovården och en av de största orsakerna till misstag och fel inom vården har visat sig vara bristfällig kommunikation. På grund av detta har strukturerad kommunikation, som används av luftfarten och marinen även börjat införas i hälsovården. Innan ISBAR blev aktuellt hösten 2012 hade Haartmanska sjukhuset i Helsingfors ingen gemensam struktur för muntliga rapporteringen. ISBAR eller SBAR är en strukturerad kommunikationsmodell som står för introduktion, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. Syftet med undersökningen är att utreda hur den muntliga rapporten fungerar och om ISBAR kunde underlätta och förenhetliga rapporten. Centrala frågeställningar angående denna forskning och dess syfte är: Hur fungerande är den muntliga rapporten för tillfället? Är det klart och tydligt vad rapporten skall innehålla? Varierar kvaliteten på rapporten beroende på vem som ger den? På vilket sätt kan ISBAR påverka den muntliga rapporten?</p> <p>Forskningsmetoden var enkätundersökning och resultaten analyserades både kvantitativt och kvalitativt. I forskningen deltog sjukskötare och primär- samt närvårdare från jouravdelningen, övervakningen och avdelning 3, 4, 5 och 6 på Haartmanska sjukhuset. Forskningen har en svarsprocent på 60 %. Resultatet är att majoriteten anser att det är klart och tydligt vad rapporten skall innehålla, men ändå anser en stor del att rapporterna innehåller mycket onödig information och saknar viktig information. Rapporten varierar beroende på vem som ger den och en stor del känner sig osäkra när de rapporterar. Majoriteten anser att en förutbestämd modell skulle underlätta rapporteringen och hela 84,4 % inställer sig positivt till en gemensam rapporteringsmodell. Slutsatsen är att ISBAR i teorin kan underlätta rapportandet på Haartmanska sjukhuset.</p>	
Nyckelord:	ISBAR, SBAR, patientsäkerhet, strukturerad kommunikation, muntlig rapport, Haartmanska sjukhuset
Sidantal:	59
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	10.12.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	3744
Author:	Sofia Fagerström
Title:	The verbal report at Haartman Hospital before ISBAR: A quantitative and qualitative survey study
Supervisor (Arcada):	Annika Skogster
Commissioned by:	Haartman Hospital
<p>Abstract:</p> <p>Reporting is a central part of health service and bad communication is one of the most common reasons for mistakes and errors. As a result of this health services have started to use structured communication tools from the aviation and navy. Before ISBAR became live in fall 2012, Haartman Hospital in Helsinki did not have a common structure for verbal reports. ISBAR or SBAR is a structured communication tool that stands for identify, situation, background, assessment and recommendation. The aim of this study is to find out how the verbal report works and if ISBAR could standardize and ease the report. The central questions of this study are: How is the verbal report currently functioning? Is it clear what the report should contain? Does the quality of the report vary depending on who is reporting? In which ways can ISBAR affect the verbal report?</p> <p>The research method is survey and the results were analyzed both quantitatively and qualitatively. In this survey participated nurses and practical nurses from the emergency and control department and the wards 3, 4, 5 and 6 of Haartman Hospital. The response rate of the study is 60%. The result is that the majority finds it clear what the report should contain, but despite this many feel that the reports contain a lot of unnecessary information and lack important information. The reports vary depending on who is reporting and many claim that they feel insecure while reporting. The majority thinks that a predetermined model would ease reporting and whole 84,4 % supports a common report tool. The conclusion is that ISBAR theoretically could ease the reporting at Haartman Hospital.</p>	
Keywords:	ISBAR, SBAR, patient safety, structured communication, verbal report, Haartman Hospital
Number of pages:	59
Language:	swedish
Date of acceptance:	10.12.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	3744
Tekijä:	Sofia Fagerström
Työn nimi:	Suullinen raportointi Haartmanin sairaalassa ennen ISBAR:ia: Määrällinen ja laadullinen lomaketutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Annika Skogster
Toimeksiantaja:	Haartmanin sairaala
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Raportointi on hyvin keskeinen asia terveydenhoidossa ja riittämätön kommunikointi on osoittautunut olevan yksi suurin vahingon ja virheiden aiheuttaja. Tämän vuoksi ilma-voimien ja laivaston käyttämä strukturoitu kommunikointi on rantautumassa myös terveydenhoitoon. Ennen syksyä 2012 jolloin ISBAR:ista tuli ajankohtainen, Haartmanin sairaalalla Helsingissä ei ollut yhtenäistä rakennetta suulliselle raportille. ISBAR tai SBAR on rakenteellinen kommunikointimalli joka käsittää seuraavaa: tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotus. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää miten suullinen raportointi toimii sekä miten ISBAR voisi yhtenäistää ja helpottaa raporttia. Tämän tutkimuksen ja sen tarkoituksen keskeiset kysymykset ovat: Kuinka toimiva suullinen raportointi on tällä hetkellä? Onko selvää mitä raportti tulisi sisältää? Vaihteleeeko raportin laatu sen mukaan kuka raportin antaa? Millä tavalla ISBAR voi vaikuttaa suulliseen raporttiin?</p> <p>Tutkimusmetodi oli lomakekysely ja tulokset analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia sekä lähi- että perushoitajia Haartmanin sairaalan päivystysosastolta, valvonnasta sekä vuodeosastoilta 3, 4, 5 ja 6. Tutkimuksen vastausprosentti on 60 %. Tulokset kertovat että enemmistön mielestä on selvää mitä raportti tulisi sisältää, mutta samalla iso osa hoitajista on sitä mieltä että raportit sisältävät paljon turhaa tietoa ja että raporteista puuttuu tärkeää tietoa. Raportit vaihtelevat riippuen siitä kuka raportin antaa ja iso osa hoitajista tuntee epävarmuutta raporttia antaessa. Enemmistön mielestä raportin antaminen olisi helpompaa jos heillä olisi malli jota seurata. Kokonaiset 84,4 % suhtautuu myönteisesti yhteistä raportointimallia kohtaan. Lopputuloksena on että ISBAR teoriassa voi helpottaa raportointia Haartmanin sairaalassa.</p>	
Avainsanat:	ISBAR, SBAR, potilasturvallisuus, rakenteellinen kommunikointi, suullinen raportti, Haartmanin sairaala
Sivumäärä:	59
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	10.12.2012

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Syfte och problemformulering .....</b>	<b>13</b>
3.1	Syfte och frågeställningar.....	13
3.2	Problemformulering och avgränsning .....	13
<b>4</b>	<b>Tidigare forskning .....</b>	<b>15</b>
4.1	Litteratursökning .....	15
4.2	Tidigare forskning .....	16
4.3	Sammanfattning av resultaten från tidigare forskningar .....	21
<b>5</b>	<b>Forskningsprocessen.....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Metod.....</b>	<b>25</b>
6.1	Datainsamlingsmetod .....	25
6.2	Analysmetod.....	27
6.2.1	<i>Kvantitativ analys</i> .....	27
6.2.2	<i>Kvalitativ analys</i> .....	28
<b>7</b>	<b>Teoretisk referensram .....</b>	<b>30</b>
7.1	Patricia Benner och Dreyfusmodellen .....	30
7.2	Från novis till expert.....	31
7.2.1	<i>Novis</i> .....	31
7.2.2	<i>Avancerad nybörjare</i> .....	31
7.2.3	<i>Kompetent</i> .....	32
7.2.4	<i>Skicklig</i> .....	32
7.2.5	<i>Expert</i> .....	33
<b>8</b>	<b>Etiska reflektioner.....</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>36</b>
9.1	Kvantitativ resultatredovisning.....	36
9.2	Kvalitativ resultatredovisning.....	40
9.2.1	<i>Faktorer som orsakar frustration</i> .....	40
9.2.2	<i>Muntlig rapportering och patientjournalen</i> .....	42
9.2.3	<i>Åsikter om en gemensam rapporteringsmodell</i> .....	43
<b>10</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>45</b>

10.1	Diskussion i förhållande till teoretisk referensram .....	45
10.2	Diskussion i förhållande till tidigare forskning .....	47
<b>11</b>	<b>Kritisk granskning.....</b>	<b>54</b>
<b>12</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>56</b>
<b>Källor</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>
<b>Bilagor</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>

**Bilaga 1.** *Tidigare forskning i tabellform.*

**Bilaga 2.** *Följebrev och frågeformulär.*

## Figurer

Figur 1. ISBAR- minneskort i icke-akuta och akuta situationer.....	s.12
Figur 2. Svarspersonernas arbetserfarenhet i form av stapeldiagram.....	s. 36
Figur 3. Svarspersonernas åsikter om huruvida en förutbestämd modell skulle underlätta givandet av rapport.....	s.37
Figur 4. Svarspersonernas åsikter om hur ofta muntliga rapporten har logisk struktur.....	s.38
Figur 5. Svarspersonernas åsikter om nyttan av en gemensam rapporteringsmodell.....	s.39
Figur 6. Faktorer i den muntliga rapporten som orsakar frustration hos informanterna.....	s.42
Figur 7. Informanternas kommentarer om fördelar med en bra muntlig rapport.....	s.43
Figur 8. Informanternas åsikter och tankar om en gemensam rapporteringsmodell.....	s.44



## 1 INLEDNING

Rapportering är mycket centralt inom sjukvården och en av de största orsakerna till misstag och fel inom vården har visat sig vara bristfällig kommunikation. Fungerande kommunikation är en del av patientsäkerheten, ett mycket aktuellt och omtalat ämne. I andra kritiska arbetsmiljöer som luftfarten och marinen har man redan insett vikten av att information överförs på rätt sätt i rätt tid, vilket gjort att man övergått till strukturerad kommunikation. Strukturerad kommunikation lämpar sig ypperligt även i vården och därför har allt flera sjukhus i världen börjat införa strukturerade kommunikationsmodeller som stöd för den dagliga rapporteringen. En inom vården använd modell är ISBAR eller SBAR som ursprungligen utvecklats av amerikanska marinen, där bokstäverna står för introduktion, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. På Haartmanska sjukhuset där jag sommarvikarierat, har ämnet strukturerad kommunikation och ISBAR också blivit aktuellt.

Haartmanska sjukhuset är ett stadssjukhus som främst betjänar invånare från södra, mellersta och västra Helsingfors. På Haartmanska sjukhuset finns en jourpoliklinik, en jouravdelning och övervakning samt fyra bäddavdelningar. (Helsingfors stad Hälsovårdscentralen 2011) Haartmanska jourpolikliniken har årligen omkring 74 000 patientbesök. Patienterna söker sig på egen hand eller med ambulans till jourpolikliniken varifrån de antingen hemskrivs eller beroende på vårdbehovet skickas till jouravdelningen, övervakningen eller till någon av de fyra bäddavdelningarna. Patientförflyttningar sker dagligen mellan jourpolikliniken, övervakningen, jouravdelningen och bäddavdelningarna. Rapportering om patienter mellan sjukhusets olika avdelningar är med andra ord en central del av arbetet. Rapporteringen i patientförflyttningarna är muntlig och före hösten 2012 hade sjukhuset ingen gemensam struktur för rapporteringen. Rapporten sker oftast per telefon men ibland även ansikte mot ansikte. Det finns inte alltid möjlighet att rapportera direkt till den vårdaren som fortsätter patientens vård utan ibland antecknas informationen av den ansvariga vårdaren eller någon annan vårdare på avdelningen.

## 2 BAKGRUND

I vårdarbetet har kommunikationen en central roll. Vårdarna arbetar i tre skift och patienter förflyttas mellan olika avdelningar. Patientens vårdtid är kort och vårdkedjan innefattar ett stort antal olika vårdare som bör kunna kommunicera med varandra för att patienten skall vara i säkerhet. Samverkande kommunikation och gott samarbete är väsentliga faktorer för patientsäkerhet och god vård (Beckett & Kipnis 2009). Ineffektiv kommunikation inom vården har bland annat bidragit till medicineringsmisstag, fördröjda vårdhandlingar, dödsfall och operationer av ”fel sida” (Clark et al. 2009). År 1999 uppskattade The Institute of Medicine att omkring 98 000 patienter årligen dör på sjukhus i USA på grund av misstag i vården. Dessa dödsfall analyserades av JCAHO, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations som kom fram till att 60 % av dessa misstag berodde på brister i kommunikationen. (Ardoin & Broussard 2011)

Eftersom brister i kommunikationen eller missförstånd mellan de anställda inom vården orsakar mycket misstag och risksituationer i vården borde kommunikationen utvecklas. Effektiv kommunikation inom vården förutsätter såväl kunskap som skicklighet och empati. Vårdarna bör veta när de skall tala, vad de skall säga och hur saken skall framställas. God kommunikation kräver även gott självförtroende och förmåga att kontrollera att det sagda blivit hört och korrekt förstått. (Clark et al. 2009) ISBAR, introduktion, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation är en modell som strävar efter att strukturera informationen och ge viktiga fakta på ett snabbt och effektivt sätt (Hansen et al. 2010 s. 5).

ISBAR- modellen utvecklades på 1990- talet av den amerikanska marinen varifrån den spred sig vidare till luftfarten och senare även till hälsovården. Ursprungligen gick modellen under namnet SBAR, bokstaven i som står för introduktion inkluderas i situationen. Båda benämningarna SBAR och ISBAR används och de står för samma strukturerade kommunikationsmodell. (Kupari et al. 2012) Strukturerad informationsöverföring ökar patientsäkerheten genom att minska risken för att viktig information glöms bort eller missuppfattas när arbetsmiljön präglas av kritiska moment och tidspress. Med hjälp av en förutbestämd kommunikationsstruktur koncentrerar man sig på den mest väsentli-

ga informationen och undviker information som inte är relevant i sammanhanget. (Svenska Kommuner och Landsting 2010)

ISBAR- modellen kräver att personen har en viss information om patienten och därför är det viktigt att bedöma patientens vitala parametrar innan man rapporterar. Dessutom är det viktigt att tänka ut vem man vill kontakta eller rapportera åt samt varför. (Svenska Kommuner och Landsting 2010) Kommunikation med ISBAR börjar med introduktion, alltså personen som kontaktar presenterar sig själv, sin yrkestitel och enhet samt personuppgifter på patienten som ärendet gäller. Nästa steg, situationen innefattar orsaken till rapporteringen eller konsulteringen. Under bakgrunden berättar man kort vilka grundsjukdomar, tidigare sjukdomstillstånd, vilken vård och vilka problem patienten har. När man ger bakgrundsinformation är det viktigt att enbart nämna sådant som är relevant i den aktuella situationen för att rapporten skall vara så effektiv som möjligt. Efter bakgrunden presenteras det aktuella tillståndet, alltså de vitala parametrarna samt andra relevanta förändringar i patientens tillstånd. Sista steget är rekommendationen, alltså personen ger ett förslag på vad som skall göras. Rekommendationen kan vara till exempel förflyttning av patienten till en annan vårdenhets, ordination av undersökning eller påbörjande av en ny behandling. Till den sista punkten hör även att personen försäkrar att informationen blivit rätt förstådd. (Kupari et al. 2012) Ett sätt att kvittera informationen är att mottagaren återger rekommendationen så att sändaren ännu kan bekräfta den. Denna typ av kvittering kallas även Closed Loop Communication. Kvitteringen är en avgörande faktor gällande lyckad och säker ISBAR kommunikation. Andra avgörande faktorer är att sändaren använder ett direkt språk och ger mottagaren möjlighet att ställa frågor. Mottagaren bör däremot lyssna aktivt utan att avbryta sändaren och ställa frågor om något blivit oklart. (Svenska Kommuner och Landsting 2010)

ISBAR kan användas av alla som deltar i kommunikationen och modellen kan tillämpas i såväl akuta som icke-akuta situationer. Tillfällen där ISBAR är ytterst användbar är vid överrapportering av en patient, i kommunikationen mellan personer från olika yrkesgrupper, vid rapport till akutteam samt i ovana och stressfyllda situationer. ISBAR grunden är fastslagen men innehållet är en aning olika i en akut och en icke-akut situation. Enheter med specifik verksamhet kräver också en anpassad ISBAR- modell. (Svenska Kommuner och Landsting 2010) Sjuksköterskeförbundet har publicerat ett

ISBAR minneskort där ena sidan innefattar modellen i en akut situation och andra sidan en icke-akut situation. Minneskortet är en del av sjuksköterskeföreningens arbete att förbygga patientsäkerhet. (Sairaanhoitajaliitto 2012)

<b>ISBAR – kiireetön tilanne</b>	
<b>1.IDENTIFY</b> Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nimesi, ammatti, yksikkö</li> <li>Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus</li> </ul>
<b>2.SITUATION</b> Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syy raportointiin</li> </ul>
<b>3.BACKGROUND</b> Tausta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat</li> <li>Allergiat</li> <li>Tartuntavaara/eristys</li> </ul>
<b>4.ASSESSMENT</b> Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vitaalielintoiminnot</li> <li>Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li> </ul>
<b>5.RECOMMENDATION</b> Toimintaehdotus	<p><b>Ehdota</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarkkailun lisäämistä</li> <li>Toimenpidettä</li> <li>Siirtoa toiseen yksikköön</li> <li>Hoitosuunnitelman muutos</li> </ul> <p><b>Varmista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuinka kauan...?</li> <li>Kuinka usein...?</li> <li>Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> <li>Onko vielä kysyttävää?</li> <li>Olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>
 Sairaanhoitajaliitto	
<b>ISBAR – kiireellinen tilanne</b>	
<b>1.IDENTIFY</b> Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nimesi, ammatti, yksikkö</li> <li>Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus</li> </ul>
<b>2.SITUATION</b> Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syy raportointiin</li> </ul>
<b>3.BACKGROUND</b> Tausta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat</li> <li>Allergiat</li> <li>Tartuntavaara/eristys</li> </ul>
<b>4.ASSESSMENT</b> Nykytilanne	<p><b>Raportoi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vitaalielintoiminnot</li> <li>A: Ilmatie</li> <li>B: Hengitys, saturaatio</li> <li>C: Pulssi, verenpaine</li> <li>D: Tajunnan taso (GCS), kipu</li> <li>E: Lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset, näkyvät merkit</li> <li>Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li> </ul>
<b>5.RECOMMENDATION</b> Toimintaehdotus	<p><b>Ehdota</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Välitöntä toimenpidettä</li> <li>Tarkkailun lisäämistä</li> <li>Toimenpidettä</li> <li>Siirtoa toiseen yksikköön</li> </ul> <p><b>Varmista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuinka kauan...?</li> <li>Kuinka usein...?</li> <li>Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> <li>Onko vielä kysyttävää?</li> <li>Olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>

Figur 1. ISBAR- minneskort i icke-akuta och akuta situationer (Sairaanhoitajaliitto 2012).

### **3 SYFTE OCH PROBLEMFORMULERING**

#### **3.1 Syfte och frågeställningar**

Syftet med undersökningen är att utreda hur den muntliga rapporten fungerar och om ISBAR kunde underlätta och förenhetliga rapporten.

Centrala frågeställningar angående denna forskning och dess syfte är:

1. Hur fungerande är den muntliga rapporten för tillfället?
2. Är det klart och tydligt vad rapporten skall innehålla?
3. Varierar kvaliteten på rapporten beroende på vem som ger den?
4. På vilket sätt kan ISBAR påverka den muntliga rapporten?

#### **3.2 Problemformulering och avgränsning**

Haartmanska sjukhuset har saknat en enhetlig rapporteringsmodell, vilket i praktiken betyder att alla vårdare gett muntlig rapport på sitt eget personliga sätt. Med hjälp av ISBAR- rapporteringsmodellen får kommunikationen en förutbestämd och gemensam struktur som inte enbart underlättar vårdarnas arbete utan även förbättrar patientsäkerheten (Hansen et al. 2010 s. 5). ISBAR aktualiserades även på Haartmanska sjukhuset och i början av år 2012 när jag fick uppdraget att undersöka i ämnet fanns det enbart tidiga planer på att införa modellen.

ISBAR- modellen kan tillämpas i såväl skriftlig som muntlig form och den kan användas mellan alla professionella som deltar i vården. I denna undersökning har jag valt att koncentrera mig enbart på den muntliga kommunikationen. På Haartmanska sjukhuset är muntliga kommunikationen mycket viktig bland annat på grund av att det dagligen sker patientförflyttningar mellan avdelningarna och rapporterna i samband med förflyttningarna ges muntligt. Vårdpersonalen kommunicerar verbalt även under andra tillfällen, som till exempel vid bytet av arbetsskift. Vårdarna kommunicerar även med läkarna under läkarronden eller genom att konsultera dem akut eller mindre akut. Det finns alltså en hel del olika kommunikationssituationer där användningen av ISBAR är lämplig och därför har jag varit tvungen att avgränsa ämnet enbart till muntlig rapportering i

samband med patientförflyttningar. Problemet är även avgränsat till kommunikation mellan vårdare, alltså sjukskötare och när- samt primärvårdare. Denna avgränsning beror på att muntlig rapportering mellan avdelningarna sker mellan dessa yrkesgrupper. Här undersöks alltså inte kommunikation med läkare.

Ursprungligen skulle denna forskning beröra alla sjukskötare och när- samt primärvårdare på jourpolikliniken, jouravdelningen och övervakningen samt bäddavdelningarna tre, fyra, fem och sex. Införandet av ISBAR framskred dock snabbare än förväntat och kort efter att denna forskning inletts bestämdes det redan att ISBAR skulle börja införas på Haartmanska sjukhusets jourpoliklinik sommaren 2012. Eftersom undersökningen skulle utföras samtidigt och jag enbart intresserade mig för situationen före ibruktagandet av ISBAR bestämde jag mig att inte inkludera vårdarna från jourpolikliniken i forskningen. Forskningen berörde inte enbart fastanställda utan även sommarvikarier. Genom att inkludera sommarvikarierna väntade jag mig att även få åsikter av studeranden och nyutexaminerade vårdare.

## 4 TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel presenteras litteratursökningen och tidigare forskningarna samt deras resultat. Tidigare forskningarna finns även presenterade i tabellform (se bilaga 1). Kapitlet avslutas ännu med en kort sammanfattning av resultaten från tidigare forskningar.

### 4.1 Litteratursökning

Jag började söka tidigare forskning i sökmotorerna Academic Search Elite (EBSCO), PubMed och MEDLINE (Ovid). I alla tre sökmotorerna begränsades sökandet till full text. I EBSCO användes sökorden communication and patient safety and structure som gav 26 träffar varav en artikel valdes. Gallringen av artiklarna skedde på basis av rubriken och en snabb genomgång av abstraktet. I PubMed användes sökorden SBAR communication healthcare, vilka gav 20 träffar varav tre artiklar valdes. Dessa artiklar valdes också på basis av deras rubriker och abstrakt. Jag sökte även i båda databaserna med orden structured communication, patient safety, verbal communication, improving communication och medicine, vilka alltid gav en stor mängd träffar som effektivt minskade genom att lägga till SBAR/ISBAR i sökorden. I olika kombinationer av sökord hittades ofta samma artiklar. I MEDLINE användes enbart sökordet SBAR som gav 18 träffar varav en artikel valdes. Allt som allt valdes alltså fem artiklar från sökmotorerna och resten hittades genom manuell sökning ur andra forskningars källförteckningar. Allt material är relativt nytt. De valda artiklarna är publicerade mellan år 2004 och 2011. En artikel är av svenskt ursprung och en är från Storbritannien. Resten av artiklarna härstammar från USA, Kanada och Australien. Det ställdes inga specifika krav på artiklarnas ursprungsland och alla länder varifrån de valda artiklarna härstammar har en liknande västerländsk sjukhuskultur som Finland. Forskningarna varierar mellan praktiska evidensbaserade studier, observationsstudier och systematiska litteraturstudier.

Ursprungligen valdes ytterligare några artiklar men an efter att arbetet framskred visade det sig att dessa artiklars innehåll inte var av betydelse för detta arbete. Överlag kan det konstateras att innehållet i många artiklar eller forskningar som hittades gällande ämnet var väldigt lika och för att det inte skulle bli så mycket upprepning valde jag att exkludera några artiklar. Till nästa följer en sammanfattning av de åtta artiklar som valdes.

## 4.2 Tidigare forskning

Eileen Clarks, Sally Squires, Anne Heymes, Mary-Ellen Mickles och Eileen Petries (2009) undersökning beskriver och utvärderar resultatet av PACT- projektet som utfördes från april till december år 2008 i ett medelstort privat sjukhus i Australien. PACT står för Patient assessment, Assertive communication, Continuum of care, Teamwork with trust och syftet med projektet var att förbättra kommunikationen mellan sjukhuspersonalen vid patientrapportering. I och med projektet togs kommunikationsredskapet SBAR i bruk i kommunikationen mellan läkare och vårdare samt i skiftesrapporten mellan två vårdare. SBAR infördes med hjälp av workshops om kommunikationsstrategier. Information samlades med hjälp av enkäter som besvarades av vårdare och läkare både före och efter ibruktagandet av SBAR. Utöver detta gav vårdarna kvalitativ data omedelbart efter att projektet avslutats.

Resultatet av projektet var att 62 % av vårdarna ansåg att SBAR hjälpte dem veta vad som skall nämnas i kommunikationen med läkare. Vårdarna ansåg att kommunikationen var mer effektiv och att rapporterna hade mera struktur. 80 % av vårdarna upplevde ökat självförtroende i kommunikationen med läkare. Före ibruktagandet av SBAR var vårdarna missnöjda med överförandet av klinisk information. Stress och frustration orsakades av att viktig information inte fanns med eller av att den förmedlats missvisande eller alternativt i fel tid. Forskningen visar att enkla strukturerade verktyg förbättrar kommunikationen och minskar misstag. (Clark et al. 2009)

Ardoins och Broussards (2011) artikel utvärderar resultaten av en pilotstudie till ett större projekt som går ut på att införa SBAR- kommunikationsmodellen i ett kommunalt sjukhus i USA. Strukturerad kommunikation infördes för att förbättra patientsäkerheten genom att reducera misstag orsakade av brister i kommunikationsfärdigheter. På basen av evidens samt feedback från läkarna gjordes riktlinjer för vad som förväntas av vårdarna angående kommunikation. Riktlinjerna definierade SBAR, tanken bakom SBAR, tillfällen för användning av SBAR samt resultat som kan förväntas av användningen. Införandet av SBAR började med en pilotundersökning i en mindre enhet med både vårdare och läkare. Efter en kort undervisning som bestod av en PowerPoint presentation om SBAR, en video om dess användning i praktiken och en gruppövning, infördes



SBAR i telefonsamtal mellan vårdare och läkare. SBAR synliggjordes med hjälp av posters, klistermärken och minneskort. En månads pilotperiod uppvisade positiva resultat från både läkare och vårdare, vilket ledde till att SBAR började införas i hela sjukhuset. SBAR började även användas i muntliga rapporten mellan vårdare och modellen inkluderades i säkerhetsutbildningen samt i arbetsorienteringen för nya vårdare. Vårdprogrammet i lokala yrkeshögskolan gjorde även SBAR till en del av undervisningen.

Resultaten i Ardoins och Broussards artikel baserar sig alltså på projektets pilottest. Läkarna ansåg att vårdarnas kliniska kunskap hade ökat och att de hade mera kännedom om patientens aktuella tillstånd. Före användningen av SBAR hade läkarna klagat på att vårdarna har för lite information i patientrapporten eller att de alternativt nämner för mycket onödigt information. Efter införandet av SBAR ansåg läkarna att vårdarnas rapporter var mer adekvata, deras tankar var mer organiserade, de gav lämplig information om patienten och att de ”visste vad de talade om”. Vårdarna behövde inte heller lika ofta söka upp information om patienten under samtalet med läkaren. Vårdarna ansåg också att deras tankar var mera organiserade och att SBAR underlättade planeringen och utförandet av samtal med läkare. Användningen av SBAR minskade vårdarnas nervositet och ökade deras självförtroende. (Ardoins & Broussard 2011)

Läkarna Carl-Johan Wallin och Johan Thor (2008) behandlar ämnet SBAR i litteraturstudien ”SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal”. I artikeln nämns orsaker till bristfällig kommunikation som alltså kan vara brist på struktur och standardisering, osäkerhet gällande ansvarsområden, stress, hierarki, kön, etnisk bakgrund samt utbildning. För att kunna ge god vård och garantera patientsäkerheten bör information överföras effektivt och korrekt så att alla i vården inblandade uppfattar informationen rätt. Att uppfatta informationen rätt är en förutsättning för ett bra beslutsfattande som i sin tur bidrar till att ”*rätt sak görs på rätt sätt vid rätt tillfälle*”. SBAR bidrar till säkert och effektivt patientarbete genom att koncentrerar sig på faktorer som är betydelsefulla i stunden. Om mottagaren inte koncentrerar sig och lyssnar aktivt kan informationen dock ändå missuppfattas. Lyckad användning av SBAR kräver alltså uppmärksamhet, tydligt och direkt språk samt kvittering av att informationen förstås rätt.

Cynthia M. Thomas, Evelyn Bertrams och Doreen Johnsons (2009) observationsstudie koncentrerar sig på inläringen av SBAR kommunikationsteknik för vårdstuderande i USA. Under studietiden får studerande sällan öva kommunikation med läkare, vilket leder till att nyutexaminerade vårdare saknar erfarenhet och känner sig osäkra som i sin tur igen är en risk för patientsäkerheten. Kommunikationsfärdigheter som att lyssna, tillämpa, förstå och samla information är något som anses utvecklas genom erfarenhet, men ändå anser omgivningen att nyutexaminerade vårdare skall bemästra det och kunna ge patienten effektiv och säker vård. Denna studie utvärderade vårdstuderandes kommunikationsfärdigheter under ett två dagars simuleringstillfälle, där vårdarna övade muntlig kommunikation genom rollspel. Under denna simulering upptäcktes det att studerande saknade logik i kommunikationen, de glömde presentera sig själva och patienten, de hade svårigheter att organisera sina tankar, de glömde ta med sig patientjournalen, de saknade kunskap om patientens tillstånd och bakgrund samt att de aldrig gjorde rekommendationer. När studerande frågades något kunde de allt som oftast inte svara utan meddelade att de återkommer.

Resultatet var alltså att studerande behövde utveckla sina kommunikationsfärdigheter och därför infördes SBAR- kommunikationstekniken i undervisningen och simuleringarna. Införandet av SBAR hade en positiv inverkan på studerandes kommunikation. Deras självförtroende hade ökat och de var mindre rädda att kommunicera. Deras tankar var mer organiserade och deras kritiska tänkande hade utvecklats. Studerande eller nyutexaminerade blir ofta överstimulerade vilket bidrar till kommunikations problem. Andra orsaker till bristfällig kommunikation är högt ljud som orsakar stress, koncentrationssvårigheter, irritation eller att man helt enkelt inte hör ordentligt. Andra faktorer som orsakar brister eller olikheter i kommunikationen är kultur, mångfaldig arbetskraft, utbildning, rädsla och trötthet. SBAR hjälper studerande och nyutexaminerade vårdare att organisera deras tankar samt att prioritera. SBAR är till nytta även för erfarna vårdare eftersom modellen sparar tid, minskar frustration och allmänt förbättrar kommunikationen som i sin tur förbättrar patientsäkerheten. (Thomas et al. 2009)

Cynthia D. Becketts och Gayle Kipnis (2009) evidensbaserade forskning går ut på att utvärdera vilka effekter ibruktagandet av SBAR har på en pediatrik/perinatal avdelning i ett kommunalsjukhus i norra Arizona. SBAR infördes i form av en SBAR-CCE, alltså

Collaborative Communication Education intervention som innefattade en timmes undervisning i teori samt övningar gällande kommunikationsstrategier. Resultaten av interventionen undersöktes kvantitativt med hjälp av pre- och postinterventions enkäter och kvalitativt genom personalintervjuer samt observationer. Samarbete och säkerhet var frågor som berördes i enkäten och märkbara skillnader kunde upptäckas i pre- och postinterventionsgruppens resultat. Temat som framhävdes i kvalitativa utvärderingen av SBAR-CCE var ”positiv kommunikation”. Personalen ansåg att SBAR utgjorde en stark grund för kommunikationen, att den gav en bra struktur och ökade medvetenheten hos personalen.

Både vårdare och läkare ansåg att kommunikationen och samarbetet hade ökat i och med SBAR-CCE interventionen. Rapporterna hade blivit bättre och patientsäkerheten ökat tack vare förbättrad kommunikation och relation mellan läkare och vårdare. Bevisen berättar att SBAR ensam ökar rapportens följdriktighet men inga tidigare forskningar bevisar förbättring i patientresultat, samarbete och grupparbete. Den här forskningen visar att SBAR tillsammans med information om samverkande kommunikation ger upphov till statistiskt märkbara förändringar i såväl kommunikation som samarbete och säkerhet. I denna studie påpekas även att vårdarna skulle ha en starkare grund för kvalitativ och säker vård om de bekantade sig med SBAR redan under studietiden. (Beckett & Kipnis 2009)

Peter G. Brindleys och Stuart F. Reynolds (2011) litteraturstudie presenterar från luftfarten härstammande praktiska kommunikationsstrategier som även kan tillämpas inom kritisk vård. I akuta situationer förmedlas kritisk information främst genom muntlig kommunikation och därför är det viktigt att hålla sig till gemensamma kommunikationsnormer. Kulturen påverkar kommunikationen och hierarki är en kulturell aspekt som framhävs i studien. I vissa kulturer är motvilligheten att ifrågasätta en äldre och mer erfaren person stor vilket leder till flera misstag. Inom luftfarten har man strävat efter att skapa en omgivning som tillåter underordnade att uttrycka sig och uppmuntrar seniorer att lyssna. I en del kulturer har man även som vana att försköna talet och vara för artiga vilket kan ha ödesdigra följder i en kritisk situation. Det är talarens ansvar att tala klart och tydligt så att hon blir förstådd.

I studien framgår det att verbal kommunikation är nyckeln till optimalt grupparbete. Stress och osäkerhet kan dock leda till att till och med de mest erfarna professionella tystnar i en krissituation. På grund av detta fenomen lär sig piloterna att alltid säga högt vad de håller på att göra. Genom att tala högt blir alla medvetna om vad som pågår och samtidigt sker det en dubbelcheck på att saken utförs rätt. Under strategier för ökad självsäkerhet presenteras två strukturerade kommunikationsmodeller varav den ena är SBAR. Strategier för att försäkra att något blir gjort är att se till att personen man tilltalar är fri att lyssna, att instruktionerna är tydliga och att mottagaren kvitterar genom att upprepa budskapet, alltså använder så kallad *Closed Loop Communication*. (Brindley & Reynolds 2011)

M. Leonards, S. Grahams och D. Bonacums (2004) studie fokuserar på mänskliga faktorer samt effektiv kommunikation och patientsäkerhet. De beskriver en pågående patientsäkerhetsintervention i ett amerikanskt sjukvårdssystem, där tolv kliniska team deltagit i ett tre dagars program om mänskliga faktorer, standardiserade verktyg och effektiv kommunikation. I studien nämns att i komplexa arbetsmiljöer är enkla regler och strukturer som SBAR de mest fungerande. SBAR är en bra grund för effektiv kommunikation eftersom den ger kommunikationen en gemensam och förutsägbar struktur samtidigt som den ökar det kritiska tänkandet. SBAR minskar även olikheten i läkares och vårdares sätt att kommunicera, en olikhet som framkommit i många av de andra tidigare forskningarna också. Denna forskning bekräftar även det som nämnts i andra tidigare forskningarna om effektiv kommunikation, alltså att man bör använda ett kritiskt och direkt språk, tala högt, uttrycka oro och kräva svar. Situationsmedvetenhet skapas genom dialogen i arbetsteamet och är grunden för ett säkert patientarbete. Denna studie tar även upp mänskliga faktorer som bidrar till att de mest erfarna och kunniga ibland gör misstag. Mänskliga faktorer är begränsad minneskapacitet, stress och trötthet, risker som uppstår på grund av distraktion och oförmåga att koncentrera sig på flera saker på en gång. (Leonard et al. 2004)

Sles Scovells (2010) litteraturstudie fokuserar på strukturen och funktionen i rapporten mellan två vårdare vid bytet av arbetsskift. I studien diskuteras även problem som kan uppstå under rapporteringen samt förslag på lösningar till dem. Rapporten är nödvändig för att föra vidare viktig information till följande arbetsskift och på så sätt säkra en kon-

tinuerlig och konsekvent vård. Kvaliteten på rapporten påverkar vården i följande arbetsskift och fel information kan äventyra patientens säkerhet. Även i denna studie påpekas att kommunikationen inte övas under studietiden fastän rapportering ändå är en mycket viktig del av vården. Rapportens innehåll och funktion varierar inom olika kliniska områden och alla arbetsplatser har sina egna normer för kommunikation. På vissa ställen kan man till exempel förhålla sig negativt till frågor under rapporten medan andra anser det lämpligt.

Muntliga rapporter är inte alltid objektiva och faktainriktade utan de kan även innehålla irrelevant information gällande patientens liv eller familj. Ibland innehåller de dock också information som är betydelsefull för patienten men som ändå inte inkluderas i den medicinska journalen, till exempel sociala faktorer. Den subjektiva stilen kan innebära att det förekommer olika synpunkter på vården samt varierande användning av medicinska termer. Erfarna vårdare använder sig oftare av termer som en yngre vårdare inte nödvändigtvis förstår, delvis på grund av att de vill visa att de har kunskap. I studien diskuteras även fördelarna och nackdelarna med rapportering i kansliet och vid patientens sida. Så kallad bedside-rapport bidrar till mindre irrelevant information medan kansliet erbjuder en mer privat och konfidentiell miljö. Den privata miljön leder dock till mera subjektiva utlåtanden av vårdarna, vilket i sin tur leder till att rapporterna blir längre. Andra negativa sidor vid rapportering i kansliet är att högt ljud och störande faktorer avbryter rapporten. I studien sägs att ansikte mot ansikte-rapporter är bra för arbetsandan men att avsaknaden av struktur i kommunikationen kan leda till förvirring. Lösningen till detta problem vore alltså tydliga riktlinjer om vad som är relevant eller ett klart format på vad rapporten bör innehålla. (Scovell 2010)

### **4.3 Sammanfattning av resultaten från tidigare forskningar**

Tidigare forskning säger att bristfällig kommunikation orsakar misstag i kritiska och komplexa arbetsmiljöer, till exempel luftfarten och vården. Faktorer som orsakar variation och brist i kommunikationen är många: brist på struktur/standardisering, stress, hierarki, kön, kultur, utbildning, högt ljud, koncentrationssvårigheter, mångfaldig arbetskraft, osäkerhet och rädsla, trötthet, begränsad minneskapacitet, överstimulering och osäkerhet angående ansvarsområde. Många av dessa är mänskliga faktorer som inte ens

de mest erfarna och kunniga vårdarna kan rå för. Tidigare forskning visar även att avsaknad av struktur leder till mera subjektiva och irrelevanta uttryck i rapporten. Enligt tidigare forskning har SBAR eller ISBAR bidragit med struktur till rapporten och därmed organiserat vårdarnas tankar så att de blivit mera situationsmedvetna. Läkarna har ansett att vårdare som använder ISBAR har mera kännedom om patientens aktuella tillstånd och ger mera adekvata rapporter. Enligt läkarna behöver inte vårdarna heller lika ofta söka upp information om patienten under samtalet när de använder ISBAR.

Ett fenomen som förekommer i flera av de tidigare forskningarna är att användning av strukturerad kommunikation ökar vårdarnas självförtroende och minskar deras rädsla för att kontakta läkare. Kommunikationen och samarbetet mellan vårdare och läkare har ökat i och med ISBAR. Hos studerande har användningen av ISBAR inte enbart ökat deras självförtroende utan även lärt dem organisera och prioritera fakta samt utvecklat deras kritiska tänkande. Enligt tidigare forskning förutsätter lyckad kommunikation att mottagaren är uppmärksam och lyssnar aktivt samt att den mottagna informationen kvitteras. Talaren bör däremot använda ett tydligt och direkt språk och alltid börja kommunikationen med att kontrollera att mottagaren är fri att lyssna. I kritiska och hektiska miljöer är det även viktigt att tala ut högt vad som pågår och inte vara rädd att uttrycka oro. I komplexa arbetsmiljöer har användning av enkla strukturerade verktyg visat sig vara mest gynnande.

## 5 FORSKNINGSPROCESSEN

Forskningsprocessen började med att jag kontaktade översköterskan på Haartmanska sjukhuset om förslag på forskningsämne. Då detta skedde vårvintern 2012 hade Haartmanska sjukhuset redan planer på att införa rapporteringssystemet ISBAR men tidpunkten för införandet var ännu öppen. Forskningsämnet blev alltså ISBAR men angående själva forskningen fick jag rätt så fria händer. Eftersom ISBAR inte då ännu införts på Haartmanska sjukhuset valde jag att undersöka hur den muntliga rapporteringen fungerade före ibruktage av ISBAR och hur ISBAR i teorin kunde förbättra rapportandet.

Forskandet började med litteratursökning om ISBAR och strukturerad kommunikation, vilket gav mycket resultat. Som undersökningsmetod valdes enkät, eftersom enkäten lämpar sig för undersökning av stora målgrupper. Målgruppen i denna undersökning var alla vårdare som ger och tar emot patientrapporter i samband med patientförflyttningar på Haartmanska sjukhuset. I praktiken innebar detta alla sjukskötare samt när- och primärvårdare på jourpolikliniken, jouravdelningen och övervakningen samt bäddavdelningarna tre, fyra, fem och sex. Jourpoliklinikens vårdare lämnades slutligen utanför undersökningen eftersom ISBAR skulle börja införas på jourpolikliniken samtidigt som undersökningen skulle utföras.

Forskningen framskred med att planen godkändes av översköterskan på Haartmanska sjukhuset var efter jag skickade in en ansökan om forskningslov först till Arcadas etiska råd ETIX och efter ETIX godkännande ännu till Helsingfors stad. Ansökan behandlades på Helsingfors stad i slutet av maj 2012 och i början av juni beviljades forskningslovet. Jag presenterade mitt forskningsämne och gav information om enkäten på avdelningssköternas möte i juni. Under detta möte kom avdelningssköterna med ett önskemål att jag skulle komma till varje avdelning och kort presentera undersökningen på avdelningsmötet. Detta önskemål försökte jag uppfylla men tyvärr så blev det lite svårt på grund av att undersökningen utfördes mitt i sommaren när en del av avdelningssköterna var på semester och avdelningsmötena var inahjernerade. Slutligen lyckades presentationen enbart på två av fem avdelningar. Avdelningssköterna och vice avdelningssköterna hjälpte till genom att föra enkäterna vidare till sina egna vårdare. Varje avdelning fick en stängd svarslåda dit svarsblanketterna kunde återlämnas. Lådorna samlades in från

avdelningarna efter sista inlämningsdagen 31.7.2012. Allt som allt utdelades 150 enkäter och 90 besvarades, svarsprocenten blev således 60 %. Resultatanalysen beskrivs närmare i följande kapitel under rubrikerna kvantitativ och kvalitativ analys. Under rubriken diskussion diskuteras resultaten både i förhållande till den teoretiska referensramen och i förhållande till tidigare forskning.



## 6 METOD

Detta kapitel börjar med en allmän presentation av enkäten som datainsamlingsmetod samt en beskrivning på utformningen av den enkät som använts i denna forskning. Slutligen presenteras forskningens analysmetoder, alltså både kvantitativa och kvalitativa metoden.

### 6.1 Datainsamlingsmetod

I denna undersökning samlades data med hjälp av enkäter. Enkäten är ett effektivt sätt att undersöka stora målgrupper. En enkät har hög grad av standardisering, vilket innebär att frågornas utformning och ordning är lika för alla som besvarar enkäten (Patel & Davidson 1994 s. 60-61). Standardiseringen ökar undersökningens tillförlitlighet eftersom forskarens personlighet och kroppsspråk inte påverkar svarssituationen och därför att alla frågor ställs i samma form och ordning åt alla deltagare. (Aaltola & Valli 2001 s.101) Standardiserad forskning lämpar sig väl då resultaten vill jämföras eller generaliseras. Förutom standardiseringen är även struktureringen en viktig aspekt i en enkätundersökning. Struktureringen innebär hur informanterna har möjlighet att besvara frågorna, öppna frågor har liten strukturering medan frågor med färdiga svarsalternativ är helt strukturerade. (Patel & Davidson 1994 s. 61).

Enkäten ger en möjlighet att ställa många frågor till en stor målgrupp men forskaren bör ändå noggrant beakta längden på enkäten samt mängden frågor. Längden på enkäten kan påverka svarsprocenten eftersom människor oftast inte orkar svara på långa enkäter eller tappar intresset mitt i och svarar slarvigt. Viktiga aspekter är även enkätens utseende och klarhet samt en logisk ordning på frågorna, förståelig språkanvändning och tillräckliga anvisningar. (Aaltola & Valli 2001 s.100) En enkät inleder och avslutar med neutrala frågor och där emellan behandlas frågor som berör det egentliga forskningsproblemet. En enkät börjar ofta med frågor gällande bakgrunds fakta och slutar med en möjlighet att fritt kommentera och tillägga sådant som svarspersonen upplevt blivit bristfälligt. (Patel & Davidson 1994 s. 64)

Innan enkäten skickas ut till den egentliga målgruppen bör den alltid testas på en representativ grupp, alltså göras en så kallad pilotstudie. Målet med pilotstudien är att pröva hur frågorna fungerar och vid behov göra förändringar i innehåll, språk och struktur så att enkäten blir mer fungerande. (Patel & Davidson 1994 s. 68) Innan enkäterna besvaras måste svarspersonerna få tillräckligt med information om undersökningen i fråga. Informationen kan ges som ett följebrev i samband med enkäten och den bör innehålla i alla fall följande information: är enkäten anonym eller konfidentiell, på vilket sätt kommer svaren att användas, möjliga skador som undersökningen kan orsaka samt kontaktuppgifter om det uppstår problem eller frågor. Informationen i följebrevet är även den som skall motivera personerna att svara på enkäten och därför är det viktigt att följebrevet är väl utformat. (Patel & Davidson 1994 s. 63-64) Enkätundersökningar är tid- och kostnadseffektiva eftersom forskaren kan skicka enkäterna per post eller elektroniskt och därmed undviker resande till olika platser. (Aaltola & Valli 2001 s.101)

Eftersom målgruppen i denna forskning var relativt stor valde jag att samla in data med hjälp av enkät. Vårdarna som undersöktes jobbar i komplex och hektisk miljö, vilket innebar att enkäten skall vara kort och lättbesvarad. Det fick inte ta mer än tio minuter att besvara enkäten. Enkäten följde så kallad "omvänd tratt- teknik" alltså började med specifika frågor och slutade med en övergripande fråga (Patel & Davidson 1994 s. 65). Enkäten bestod av 19 frågor med fasta svarsalternativ och en öppen fråga (se bilaga 2). De två första frågorna berörde bakgrundsfaktorerna yrke samt arbetserfarenhet och övriga frågorna berörde den muntliga rapporteringen. Frågorna i enkäten indelades i tre områden: att ge rapport, att ta emot rapport samt några allmänna frågor. Fasta svarsalternativen varierade mellan "antingen eller" formen och graderad inställning (Patel & Davidson 1994 s. 66-67). I samband med enkäten utdelades följebrevet där det bland annat berättades att undersökningen var frivillig och anonym. I följebrevet presenterade jag även mig själv och en kort bakgrund till forskningen samt forskningens syfte. Innan enkäten utdelades vårdarna på Haartmanska sjukhuset utfördes en pilotstudie på en liten grupp studiekollegor. Förutom några språkförändringar behöll enkäten sin ursprungliga form efter pilotundersökningen.

## 6.2 Analyismetod

Resultaten från enkätundersökningen analyserades både kvantitativt och kvalitativt. Kvantitativa forskningens analysmetod är statistisk medan kvalitativa forskningen kännetecknas av verbala analysmetoder (Patel & Davidson 1994 s. 12). Kvalitativa studier koncentrerar sig på att förstå helheten av en personlig upplevelse medan kvantitativa studier har sin tyngdpunkt i att förklara fenomen i mätbara variabler (Befring 1994 s. 14-15). Gränsen mellan kvalitativa och kvantitativa metoden är inte alltid så tydlig och en kvalitativ studie kan innehålla kvantitativa moment och vice versa. Exempel på kvantifiering av kvalitativa resultat är till exempel när en forskare räknar hur många gånger ett visst begrepp förekommer i en intervju eller hur många av de tio intervjuade är fränskilda. Alla studier har alltså såväl kvalitativ som kvantitativ information, men fokus brukar ligga på någondera. Man kan dock också utföra blandade studier, där man använder sig av båda metoderna i insamlandet av data samt i analysen. (Larsson et al. 2005 s. 124-125)

### 6.2.1 Kvantitativ analys

Kvantitativa analysen kan även kallas för statistik och den grundar sig på att presentera forskningsresultat i mätbar form. Med hjälp av statistik kan man sortera, beskriva, bearbeta och förklara data. Statistiken kan vara antingen deskriptiv eller hypotesprövande. Hypotesprövande statistik innebär prövande av statistiska hypoteser medan deskriptiva statistiken presentera forskningsmaterialet i siffror, som i sin tur belyser forskningsproblemet. (Patel & Davidson 1994 s. 90) I denna forskning används deskriptiv statistik.

Kvantitativa analysen baserar sig alltid på variabler. Variablerna kan innefatta olika egenskaper och de är mätbara. En forskning kan beröra enbart en variabel men också flera variabler och deras förhållande till varandra. Kvantitativa undersökningar kännetecknas av resultatens generaliserbarhet till en större population. För att resultaten skall vara tillförlitliga i kvantitativa forskningar krävs ett relativt stort forskningssampel. Det obearbetade materialet även kallat rådata kan framställas på olika sätt i tabeller och grafer. (Patel & Davidson 1994 s. 91-92)

I denna forskning utfördes statistiska analysen med hjälp av programmet SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. Enkätfrågorna med fasta svarsalternativ, alltså fråga ett till 19 bearbetades statistiskt. Svaren matades in som variabler i SPSS som sedan illustrerade dem i procent. Procenten angavs med en decimal noggrannhet och samma noggrannhet används även i forskningens resultatredovisning. I alla frågor är inte svarsprocenten 100 % eftersom några informanter inte svarat på alla frågor. Fyra av resultaten presenteras förutom i procent även i grafisk form. Alla resultat presenteras inte i grafisk form, eftersom det skulle göra resultatredovisningen klumpig och svårläslig. De fyra resultat som presenteras i cirkel- alternativt stapeldiagram anses vara speciellt viktiga för undersökningen. Med hjälp av SPSS kan man även få fram samband mellan olika variabler, som till exempel arbetserfarenhet och åsikter gällande någon fråga och denna egenskap har använts i denna forskning.

### **6.2.2 Kvalitativ analys**

Kvalitativa analysmetoden betonar fördjupad kunskap och strävar till att analysera och förstå helheter samt personliga upplevelser (Befring 1994 s. 15). Kvalitativ bearbetningsprocessen saknar standardiserade tekniker och metoder och kan därför utföras på många olika sätt (Befring 1994 s. 83). Ett typiskt mål för en kvalitativ analys är att finna olika mönster, teman och kategorier i materialet. För att finna dessa mönster bör materialet läsas och analyseras flera gånger, vilket gör bearbetningsprocessen mycket krävande. (Patel & Davidson 1994 s. 99-101) I kvalitativa forskningar är gränsen mellan datainsamlingsprocessen och analysen svag eftersom forskaren ofta tolkar och analyserar redan i samband med datainsamlingen. Resultatet av en kvalitativ analys är friare än kvantitativa analysens och kännetecknas av att forskaren återger samtal och citat. (Befring 1994 s. 83)

I denna enkätundersökning fanns en öppen fråga som analyserades kvalitativt. Jag började med att anteckna de åsikter och kommentarer som informanterna uttryckt i öppna frågan och på så sätt upptäcktes vissa återkommande teman. Alla kommentarer sammanfattades efter innebörd under tre huvudrubriker: faktorer som orsakar frustration, muntlig rapportering och patientjournalen samt åsikter om en gemensam rapporterings-

modell. Dessa rubriker illustrerades förutom i text även med figurer så att resultaten skall vara lättare åskådliga.

## 7 TEORETISK REFERENS RAM

I detta kapitel presenteras forskningens teoretiska referensram som är vårdteoretikern Patricia Benners teori "Från novis till expert". Denna teori lämpar sig till forskningen för att den säger att människan är beroende av regler och riktlinjer innan hon har tillräckligt med erfarenhet att handla intuitivt.

### 7.1 Patricia Benner och Dreyfusmodellen

Patricia Benner utförde sin sjukskötarexamen år 1964 i Pasadena Collage och år 1970 avlade hon magisterexamen i San Francisco University of California. 12 år senare år 1982 skrev hon sin doktorsavhandling i Berkeley University of California. Sedan det har Benner arbetat som forskare och lärare i San Francisco School of Nursing University of California. Hon har publicerat flera artiklar och nio böcker, varav en är "Från novis till expert". (Nursing Theory 2011) I Benners teori "Från novis till expert" beskriver hon specifika drag samt inlärningsbehov hos sjukskötare i alla fem utvecklingsnivåer. (Benner 1993 s. 37)

Benners teori baserar sig på Dreyfusmodellen som utvecklats i början av 1980- talet av matematikern och systemanalytikern Stuart Dreyfus samt filosofen Hubert Dreyfus. Enligt Dreyfusmodellen genomgår människan fem olika stadier när hon utvecklar en ny färdighet; novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. (Benner 1993 s. 32) När färdigheter utvecklas och personen når en högre nivå kan man observera fyra huvudsakliga praktiska förändringar. Den första förändringen är att personen börjar använda sig av konkret erfarenhet istället för regler och abstrakta principer. En annan förändring är att personen tänker mera intuitivt än regelbaserat. Tredje observerbara förändringen är att personen blir mera situationsmedveten och koncentrerar sig mera på helheter än detaljer. Sista förändringen som sker är att personen istället för att stå utanför situationen och observera aktivt deltar och medverkar. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.140) Dreyfusmodellen koncentrerar sig på utvecklingen av färdigheter och kunskap i en viss situation inte på specifika talanger och egenskaper hos personen (Benner 1993 s. 38).

## **7.2 Från novis till expert**

I Benners teori ”Från novis till expert” tillämpas Dreyfusmodellen i den kliniska vården. Enligt Benner innefattar vård i praktiken mera än ett styvt tillämpande av regler och teorier. Benner anser att vård innebär ett sakligt handlande som motsvarar det som krävs och efterfrågas i en given situation. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.140-141) Den kliniska praktiken är alltid mera komplex än teorin och därför är det en kombination av tidigare föreställningar och teorier som tillsammans med många praktiska situationer utvecklar sjukskötaren till expert. (Benner 1993 s. 48) Trots att Benner betonar vikten av tidigare erfarenhet högt utesluter hon inte betydelsen av utbildning och teoretisk kunskap. Utbildningen är också viktig eftersom utvecklingen som sker på basis av tidigare erfarenheter är snabbare samt tryggare om den utgår från en god teoretisk grund (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.140). Härfter presenteras från novis till expert- teorins fem faser.

### **7.2.1 Novis**

Novisen har ingen tidigare erfarenhet av situationen hon befinner sig i. Novisen handlar enligt kontextfria regler och hon har svårt att skilja mellan relevanta och irrelevanta aspekter i situationen. Huvudsakligen är det studerande som är i novisstadiet, men Benner säger även att vårdare från en högre nivå kan klassificeras som noviser när de hamnar i en ny miljö eller obekant situation. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.142) Orsaken till detta ligger i Dreyfusmodellens situationsbundenhet, alltså att färdigheterna är bundna till en viss bekant situation (Benner 1993 s. 38).

### **7.2.2 Avancerad nybörjare**

Den avancerade nybörjaren har redan tillräckligt mycket erfarenhet för att förstå återkommande meningsfulla aspekter i situationen, men ett bredare perspektiv saknas fortfarande (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.142). För att förstå dessa situationsbundna aspekter krävs tillämpande av tidigare erfarenheter och inte enbart teoretiskt inlärd tillvägagångssätt. Trots att avancerade nybörjaren börjar uppfatta dessa aspekter saknas ännu färdigheten att prioritera dem och inse deras grad av betydelse. (Benner 1993 s. 38) Den avancerade nybörjaren arbetar ännu huvudsakligen enligt regler och riktlinjer

och hon är också mycket uppgiftsorienterad. Kliniska situationer utgår inte från patientens behov och respons utan upplevs snarare som ett test på vårdarens kunnande och vad situationen kräver av henne. Den avancerade nybörjaren känner sig ansvarig att klara av och kunna vårda patienter men samtidigt förlitar hon sig ännu på mera erfarna vårdares hjälp. Enligt Benner placeras nyutexaminerade vårdare i denna kategori. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.142-143)

### **7.2.3 Kompetent**

Genom att uppleva olika praktiska situationer samt observera andras handlande avancerar den avancerade nybörjaren småningom till den kompetenta nivån. Den kompetenta vårdaren kännetecknas av medvetenhet om vilka aspekter som är viktiga och mindre viktiga i den aktuella situationen samt i ett mer långsiktigt perspektiv. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143) Vårdaren känner att hon klarar av situationen och även kan reagera på oförutsedda situationer som kan uppstå i vården. Känslan av att bemästra situationen grundar sig på utförlig planering och djupare begrundande av problemet. Den utförliga planeringen, som kännetecknar den kompetenta vårdaren, gör arbetet effektivare och mera organiserat. Den kompetenta vårdaren är ändå inte lika snabb som den skickliga vårdaren och hon saknar även dennes anpassningsförmåga. Enligt Benner utgörs det kompetenta stadiet oftast av vårdare som arbetat i samma eller liknande miljö i två till tre år. (Benner 1993 s. 40-41)

### **7.2.4 Skicklig**

Den skickliga vårdaren känner igen de viktigaste aspekterna och ser på situationen i dess helhet snarare än på enskilda aspekter och detaljer. Situationen beaktas i ett långsiktigt perspektiv. (Benner 1993 s. 42) Vårdaren är kapabel att upptäcka relevanta förändringar i situationen och är även medveten om vad som bör göras an efter hur situationen utvecklas. Skickliga vårdare handlar inte uttänkt utan mera efter intuition som grundar sig på tidigare erfarenheter och förståelse. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143) Vårdarens beslutsfattande underlättas i denna fas eftersom hon förstår helheten och därför enbart beaktar de viktiga aspekterna. Denna djupare förståelse av situationen gör också att vårdaren kan se olika nyanser som bör beaktas. (Benner 1993 s. 43) I den



na fas har vårdaren högre förtroende för sitt eget kunnande och sina egna förmågor och förlitar sig därför inte längre så starkt på regler (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143). Denna fas är vanlig för vårdare som arbetat i likartad miljö i uppskattningsvis tre till fem år (Benner 1993 s. 45).

#### **7.2.5 Expert**

Den sista fasen, alltså expertnivån kännetecknas enligt Benner av att vårdaren inte längre förlitar sig på analytiska principer utan handlar på basen av sin intuition och kan därmed snabbt känna igen problemet utan att förlora tid på utredning av alternativa möjligheter (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143). Experter kan även vara tvungna att använda sig av analytiska principer om situationen är obekant och vårdaren saknar erfarenhet av en sådan situation eller om situationen utvecklas mot ett oväntat håll. Huvudsakligen fungerar dock experten på basis av stor erfarenhet som ger henne en grundlig förståelse av helhetssituationen och hjälper henne att urskilja betydelsefulla nyanser. (Benner 1993 s. 45-47) Experten har alltså så kallad know-how och kan förutom att se helheten även förutse oväntade händelser. Experten känner patienten och hennes typiska reaktionsmönster, vilket gör vården mer kvalitativ. Alla vårdare når inte nödvändigtvis expertnivån under sin karriär. (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143-144)

## 8 ETISKA REFLEKTIONER

Forskningen följer anvisningarna för god vetenskaplig praxis som Forskningsetiska delegationen i Finland sammanställt år 2002. Till anvisningarna hör punkten om *”ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen och i dokumenteringen och presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat”*. Denna punkt har beaktats genom att forskningen utförts korrekt och omsorgsfullt samt genom korrekt och ärlig presentation och bedömning av resultaten. Andra punkten handlar om forskarens användning av etiskt godtagbara datainsamlings-, undersöknings- och bedömningsmetoder. (Forskningsetiska delegationen 2002) Denna forskning godkändes av Arcadas etiska råd ETIX samt av Helsingfors stad som gav forskningstillstånd. Till andra punkten för god vetenskaplig praxis hör även att undersökningsresultaten publiceras öppet (Forskningsetiska delegationen 2002). Denna forskning publiceras på yrkeshögskolornas webb bibliotek Theseus. Forskningen presenteras även för över- och avdelningssköterna på Haartmanska sjukhuset. Det gjordes även en kort skriftlig resultatsammanfattning på finska, som resten av personalen på Haartmanska sjukhuset kan ta del av. Tredje anvisningen för god vetenskaplig praxis, alltså korrekt hänvisning till tidigare forskningsresultat samt respekt för andra forskares arbete och resultat har även beaktats (Forskningsetiska delegationen 2002).

Forskningen följer även Forskningsetiska delegationens specifika anvisningar för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning. Anvisningarna för humanistisk forskning betonar försökspersonens eller informantens rätt till självbestämmande, integritetsskydd och att forskningen bör undvika skador. Rätt till självbestämmande grundar sig på frivillighet och tillräckligt utförlig information. Försökspersonen kan uttrycka sitt frivilliga samtycke antingen skriftligt eller muntligt. När det är fråga om en enkätundersökning har informanten gett sitt samtycke till forskningen genom att besvara enkäten. För att kraven på självbestämmande skall uppfyllas bör försökspersonen även få tillräckligt med information om forskningen. Enligt Forskningsetiska delegationen borde informationen till informanterna innehålla följande aspekter: forskningens tema, forskarens kontaktuppgifter, hur materialinsamlingen sker och under vilken tid, hur materialet används och förvaras samt att deltagande är frivilligt. (Forsk-

ningsetiska delegationen 2009 s.5-7) I denna forskning gavs informanterna denna information i ett följebrev i samband med enkäten (se bilaga 2).

Integritetsskyddet är en av de viktigaste forskningsetiska principerna eftersom det är en rättighet som även står i Finlands grundlag. Inom forskningsetik indelas principen om integritetsskydd i tre delar. Första delen handlar om hur forskningsmaterialet hålls konfidentiellt. Andra aspekten tar fasta på hur materialet skall sparas eller förstöras och som tredje beaktas även publicering av resultaten. Dataskydd och skyddandet av personliga integriteten går med andra ord hand i hand. (Forskningsetiska delegationen 2009 s.9) Eftersom materialet i denna forskning besvarades anonymt är integritetsskyddet garanterat. Enkäterna återlämnades i en stängd låda som ingen annan än skribenten hade tillgång till. Enkäterna bevarades hos skribenten så att ingen utomstående hade tillgång till dem. Efter dataanalysen förstördes enkäterna precis som informanterna lovats i följebrevet. Ingen enskild försöksperson är igenkännbar i slutliga resultatet.

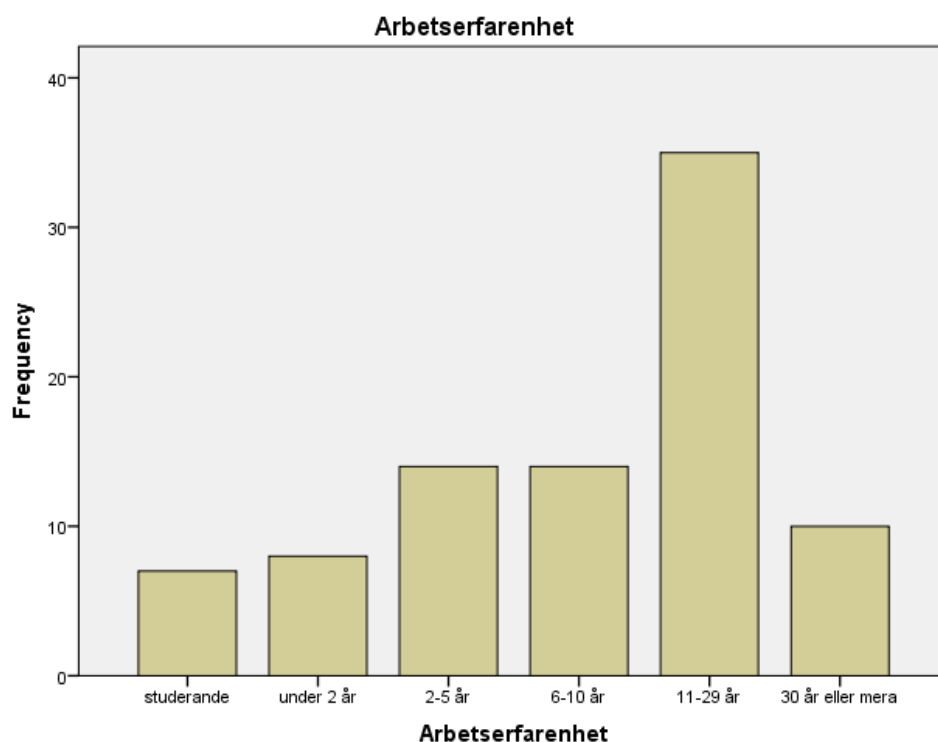
Eftersom samhällsvetenskaplig forskning ofta handlar om känsliga ämnen bör forskaren beakta möjliga skador som forskningen kan medföra för försökspersonerna (Forskningsetiska delegationen 2009 s.8). För att forskningen skall vara etiskt hållbar bör forskaren alltså sträva till att minimera eventuella skadliga följder och maximera fördelar som forskningen medför. (Ruane 2006 s.27-30) Skador kan uppkomma i samband med datainsamling, förvaring av material och vid publicering av resultat. Skador kan undvikas genom att försökspersonen bemöts med respekt och genom att forskningsresultaten presenteras sakligt och rätt. (Forskningsetiska delegationen 2009 s.8) Ämnet i denna forskning är inte direkt personligt, alltså torde forskningen inte orsaka deltagarna någon skada. Eftersom det är fråga om en enkätundersökning kan personerna alltid låta bli att delta eller svara på någon specifik fråga om den känns för personlig. Denna forskning krävde främst en liten uppoffring av deltagarnas tid när de besvarade enkäten.

## 9 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultaten av enkätundersökningen. Resultaten av frågorna ett till 19 i enkäten är kvantitativa och resultatredovisningen av enkätens öppna fråga är kvalitativt.

### 9.1 Kvantitativ resultatredovisning

Av 150 stycken utdelade enkäter besvarades 90, alltså denna undersökning har en svarsprocent på 60 %. Av dessa 90 enkäter var 74 stycken besvarade av sjukskötare och 16 stycken besvarade av när- och primärvårdare. Arbetserfarenheten var mycket varierande och det fanns representanter från varje årsgrupp. Fördelningen på frågan om arbetserfarenhet illustreras i figur 2. Största svarsgruppen 38,9 % hade en arbetserfarenhet på 11-29 år, näst största grupperna var 2-5 år och 6-10 år som båda stod för 15,6 % av svaren.

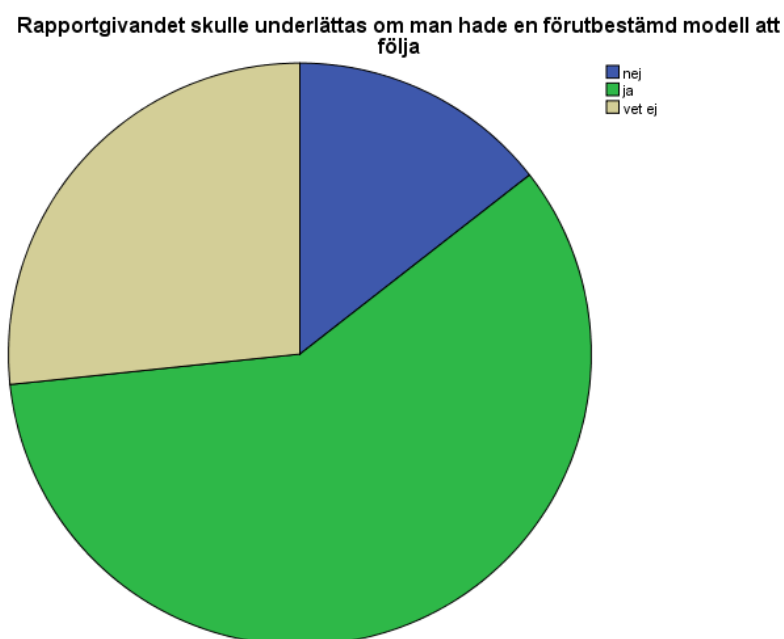


Figur 2. Svarspersonernas arbetserfarenhet i form av stapeldiagram.

Hela 94,4 % anser att det är klart och tydligt vad rapporten skall innehålla, men ändå känner sig en stor del 85,6 % ibland osäkra när de rapporterar. Svaren på frågan om hur

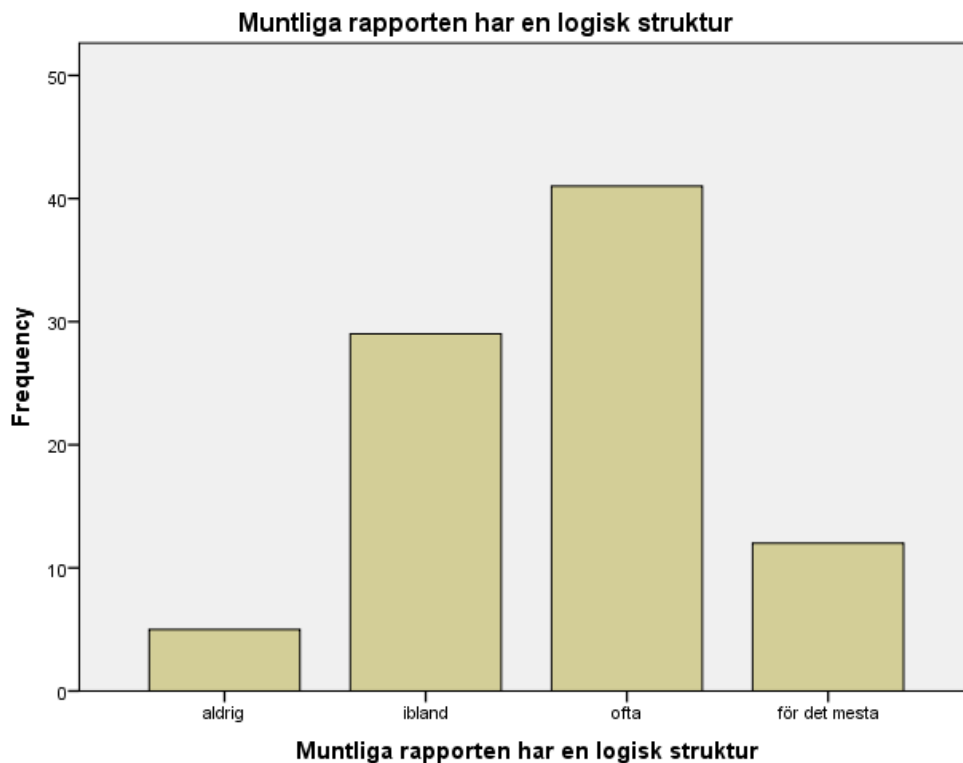
ofta man känner sig osäker när man rapporterar är ganska jämnfördelad i förhållande till arbetserfarenhet, förutom att de som svarat att de ofta känner sig osäkra är antingen studeranden eller har en arbetserfarenhet på mindre än 5 år. De som svarat att de aldrig känner sig osäkra när de rapporterar har däremot alla en arbetserfarenhet på åtminstone 6 år och i flesta fallen till och med mer än 11 år.

På frågan om hur ofta man brukar bli avbruten när man ger rapport svarade största delen att de ibland 55,6 % eller ofta 24,4 % blir avbrutna. En andel på 11,1 % svarade dock att de aldrig blir avbrutna när de rapporterar. Majoriteten 67,8 % svarade att de ibland glömmer något viktigt ur rapporten för att de avbryts. Näst största andelen 14,4 % säger dock att de aldrig glömmer något viktigt ur rapporten på grund av avbrott. Svaren på den här frågan är rätt så jämnfördelad i förhållande till arbetserfarenhet. Enkäterna berättar att vårdarna ibland 51,1 % eller ofta 32,2 % är tvungna att söka upp information om patienten under rapporten. Enbart 5,6 % säger att de aldrig är tvungna att söka information mitt i rapporten. Cirkeldiagrammet nedan visar att 58,9 % anser att en förutbestämd modell skulle underlätta givandet av rapport, att 14,4 % inte anser det och att 26,7 % inte vet om det skulle göra det. Även i denna fråga är svaren rätt så jämnfördelade i förhållande till arbetserfarenhet förutom att alla nekande svar kom från personer med en arbetserfarenhet på 6-30 år eller mera.



*Figur 3. Svarspersonernas åsikter om huruvida en förutbestämd modell skulle underlätta givandet av rapport.*

Majoriteten tycker att det är ofta 58,9 % eller till och med för det mesta 23,3 % lätt att följa med muntliga rapporten. Enbart 1,1 % anser att det aldrig är lätt att följa med den. Majoriteten anser även att rapporten oftast har en logisk struktur. Figur 4 visar fördelningen över svaren gällande hur ofta rapporten har en logisk struktur.



*Figur 4. Svarspersonernas åsikter om hur ofta muntliga rapporten har logisk struktur.*

En stor del 71,1 % anser att rapporten skulle vara tydligare om de visste i vilken ordning informationen kommer. 18,9 % av informanterna svarade dock att de inte vet om det skulle vara tydligare och minoriteten 7,8 % anser att det inte skulle vara det. Svaren till den här frågan är ganska jämnfördelade i förhållande till arbetserfarenhet förutom att alla nekande svar har kommit från personer med mer än två års arbetserfarenhet. Majoriteten anser att rapporten ibland 61,1 % eller ofta 27,8 % saknar viktig information. Enbart 2,2 % av informanterna påstår att det aldrig saknas viktig information ur muntliga rapporten. Hela 90 % anser även att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som rapporterar.

Enbart 1,1 % av svararna upplever att de inte har möjlighet att ställa frågor under muntliga rapporten medan resten anser att de ibland 18,9 %, ofta 33,3 % eller för det mesta

44,4 % har möjlighet att ställa frågor. Ingen svarade aldrig på frågan om hur ofta de ställer frågor under rapporten. Majoriteten 47,8 % svarade att de ofta ställer frågor och resten svarade att de ibland eller för det mesta frågar. Över hälften av informanterna 56,7 % säger att de ibland kontrollerar att de förstått budskapet rätt genom att upprepa det sagda, medan 28,9 % säger att de ofta gör det och 10 % gör det för det mesta. Enbart 2,2 % svarade att de aldrig kontrollerar genom att upprepa det sagda.

Hela 84,4 % inställer sig positivt till en gemensam rapporteringsmodell medan 4,4 % inte stöder tanken. De som svarat nekande på frågan har även motiverat sitt svar i öppna följdfrågan. Motiveringar som uppkom i följdfrågan var att en och samma modell kan vara svår att tillämpa i olika situationer, att rapporten är tydlig utan modell och att man alltid kan fråga om något är oklart, att erfarna vårdare vet vad som är relevant att nämna ”det är något man lär sig” och att resten av informationen hittas i elektroniska patientjournalen. På den här frågan har svaren delat sig rätt så jämnt i arbetserfarenhetskategorierna förutom att alla studerandena har svarat ja till en gemensam rapporteringsmodell.



*Figur 5. Svarspersonernas åsikter om nyttan av en gemensam rapporteringsmodell.*

Majoriteten 61,1 % anser att muntliga rapporten har stor betydelse för patientens vård. 32,2 % anser att betydelsen är medelmåttig och 6,7 % tycker att den enbart har liten betydelse. Ingen anser att muntliga rapporten är helt obetydlig för patientens vård. Angående muntliga rapportens inverkan på patientsäkerheten anser de flesta 71,1 % att en bristfällig muntlig rapport riskerar patientsäkerheten. En andel på 21,1 % anser dock att den inte utgör en risk och minoriteten 6,7 % vet inte om det gör det. Både svaren gällande muntliga rapportens betydelse för patientens vård och patientsäkerheten är jämnt fördelade mellan alla arbetserfarenhetskategorier.

## **9.2 Kvalitativ resultatredovisning**

Enkäten hade en öppen fråga som handlade om informantens upplevelser av muntlig rapportering mellan avdelningarna, om den fungerar bra eller om det finns något som upplevs frustrerande eller otillräckligt. Av 90 besvarade enkäter hade 67 stycken besvarat den öppna frågan och frågans svarsprocent var således 74,4 %. Den största delen av informanterna ansåg att den muntliga rapporten tidvis är fungerande men också att den kan vara otillräcklig och skapa frustration. En stor del hade dock kommenterat att de var nöjda med den nuvarande rapporten eller att den i alla fall för det mesta fungerade. Kommentarer av dem som var nöjda med rapporten var att man alltid kan fråga om något blir oklart och att man alltid kan läsa i patientjournalen det som inte nämns under rapporten. Många kommenterade att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som ger rapporten. Informanternas åsikter och kommentarer sammanfattades under tre huvudrubriker: faktorer som orsakar frustration, muntlig rapportering och patientjournalen samt åsikter om en gemensam rapporteringsmodell.

### **9.2.1 Faktorer som orsakar frustration**

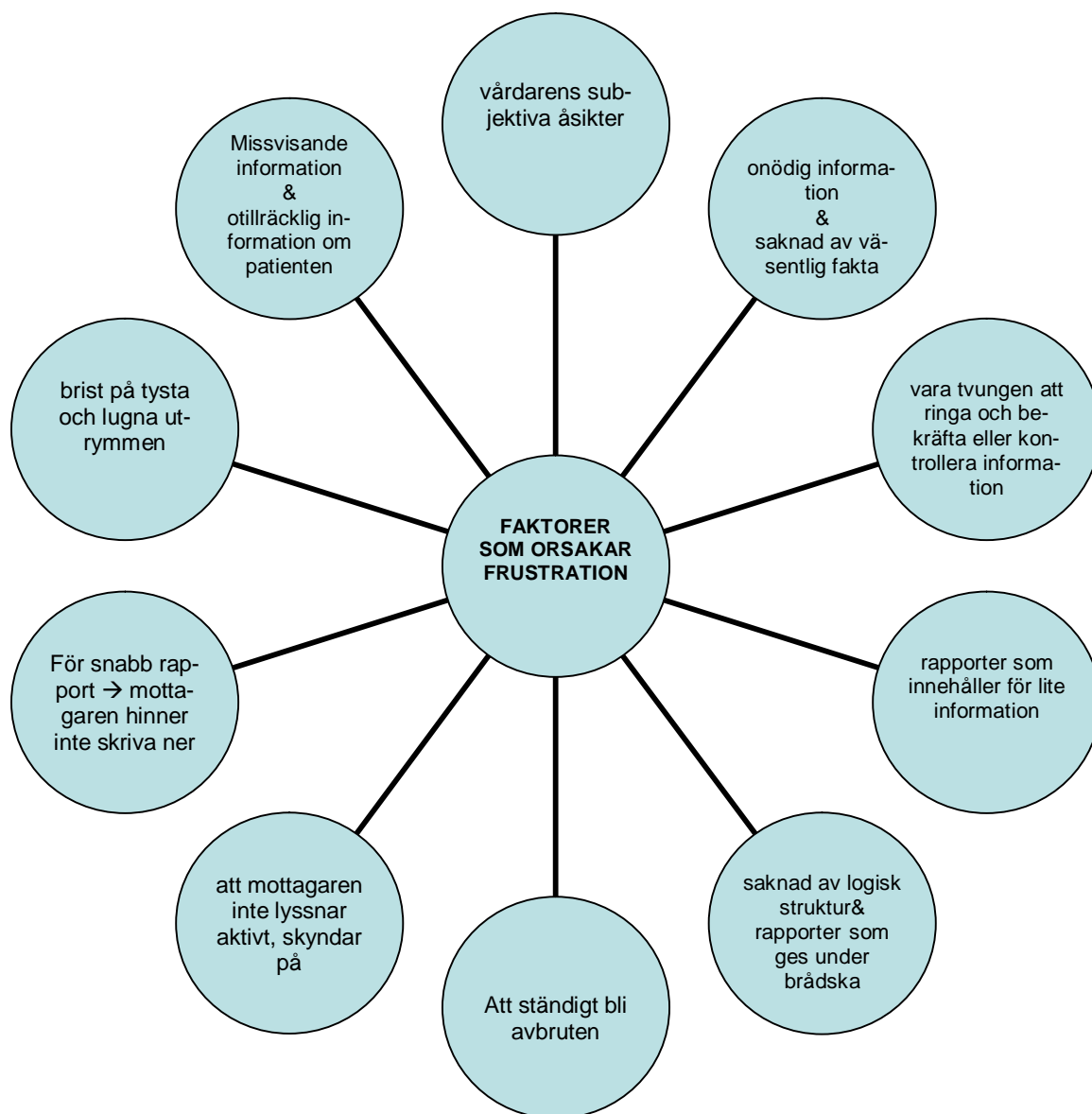
En faktor som största delen av informanterna ansåg frustrerande var att rapporterna innehåller mycket onödig information som gör att viktig information åsidosätts eller saknas helt och hållet. Två viktiga saker som ofta glöms under rapporten är isoleringsbehovet och intagna mediciner. Dessa två saker uppkom i flera svar och någon hade också påpekat att det är en risk för patientsäkerheten om vårdarna inte vet om patienten fått sina mediciner före förflyttningen. Någon hade kommenterat: *"turhat tiedot raportoin-*



*nista pois ja oleelliset tiedot esille*". Frustration orsakas även av att vårdarna är tvungna att ringa till avdelningen som skickat patienten för att bekräfta något eller få tilläggsinformation. Trots att de flesta hade ansett att rapporten borde vara kortare och mer koncist så hade även någon kommenterat att rapporterna ibland är för korta och innehåller för lite information.

Frustrerande upplevdes även rapportens avsaknad av logisk struktur och att mottagaren är tvungen att fråga om allting. Ologiska rapporter och rapporter som ges under brådska ansågs inte vara till fördel för patientens vård utan snarare en risk. Någon tyckte att det är irriterande att ständigt bli avbruten och önskade därför att frågor skulle ställas först i slutet av rapporten. En annan tyckte däremot att det är bra att mottagaren ställer frågor mitt i rapporten, eftersom rapportandet är interaktion. Någon upplevde att mottagaren inte alltid orkar lyssna aktivt utan skyndar på den som avger rapport. Frustration uttrycktes även över att vissa avger rapport så snabbt att mottagaren inte hinner skriva ner informationen eller missar något väsentligt. Brist på lugna och tysta utrymmen för givandet och mottagandet av rapport ansågs också negativt.

I några svar framkom det även att muntliga rapporter kan innehålla missvisande information. Ett exempel på detta, som nämndes av mer än en person, var fel information om patientens rörelseförmåga. Ibland har vårdarna inte tillräckligt med information om patienten de rapporterar om vilket leder till att de inte kan svara på mottagarens frågor. Frustration är stor när svaret på väsentliga frågor om patienten är "jag vet inte" eller "det finns nog i patientjournalen, se där". Någon hade även kommenterat att muntliga rapporter ibland innehåller vårdares subjektiva åsikter som kan orsaka en förutfattad åsikt om patienten hos den vårdare som mottar rapporten.



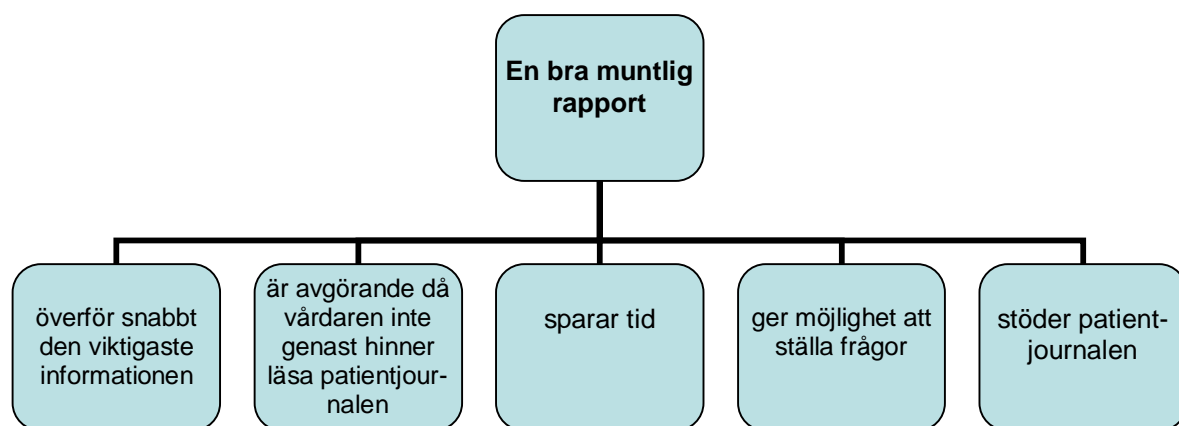
*Figur 6. Faktorer i den muntliga rapporten som orsakar frustration hos informanterna.*

### 9.2.2 Muntlig rapportering och patientjournalen

En stor del ansåg att den muntliga rapporten är viktig men någon hade också kommenterat att den inte är det, eftersom all väsentlig information även finns inskriven i patientjournalen. De som ansåg att den muntliga rapporten är viktig kommenterade även att den är den effektivaste metoden för att snabbt få den viktigaste informationen och att den dessutom är avgörande i situationer där vårdaren inte genast har tid att sätta sig ner och läsa patientjournalen. Någon hade också kommenterat att en bra muntlig rapport sparar tid, eftersom vårdaren inte genast behöver läsa patientjournalen och ta reda på

saker och ting. En positiv faktor i muntliga rapporten, som nämndes av flera personer, är möjligheten att ställa frågor om något uteblir eller är oklart.

Någon hade påpekat att man inte heller enbart kan lita på den muntliga rapporten utan även måste läsa patientjournalen. Flera hade kommenterat att den muntliga rapporten och patientjournalen stöder varandra. Ett problem som nämndes var att vårdaren som fortsätter vårda patienten inte alltid är den som mottar rapporten. När ansvariga vårdaren mottar rapporten och skriver ner informationen till en annan vårdare uteblir möjligheten för den andra vårdaren att fråga om oklarheter. Någon hade påpekat att ansvariga vårdaren skriver ner för lite information medan någon annan igen tyckte att det ibland finns för mycket information nerskrivet och att en del av informationen är onödig.

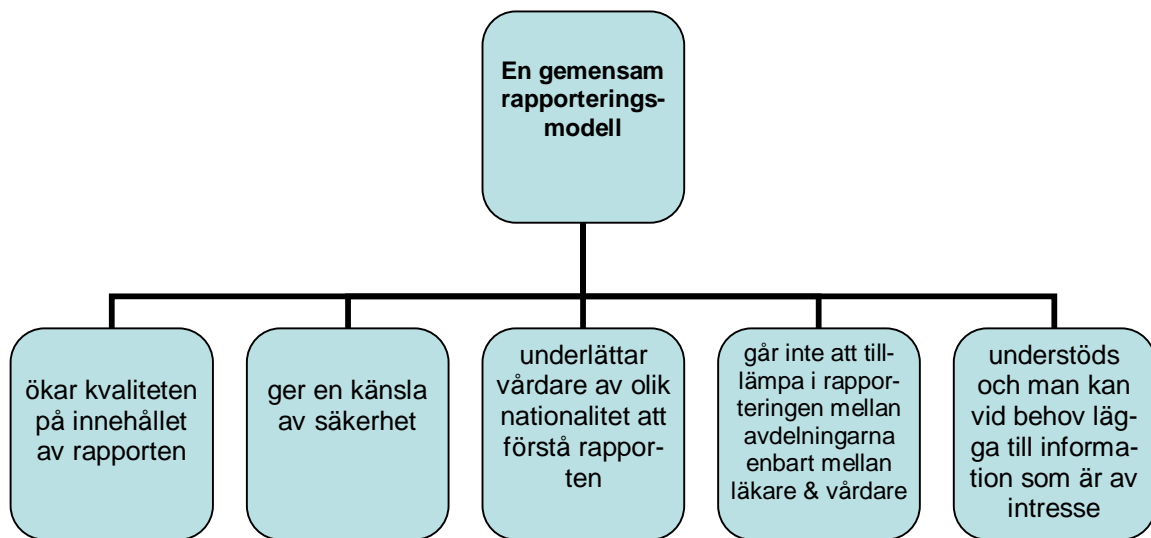


Figur 7. Informanternas kommentarer om fördelar med en bra muntlig rapport.

### 9.2.3 Åsikter om en gemensam rapporteringsmodell

Liksom i början av kapitlet nämndes hade flera personer kommenterat att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som rapporterar och dessutom hade någon påpekat att erfarna vårdare vet vad en rapport skall innehålla. En del ansåg att en gemensam rapporteringsmodell vore bra bland annat för att kvaliteten på innehållet i rapporterna skulle öka, rapporteringen skulle kännas säkrare och för att vårdare av olika nationalitet skulle ha lättare att förstå rapporten. Någon berättade att han/hon redan använde ISBAR eller SBAR som grund för rapporteringen och att den fungerade. Någon ansåg däremot att ISBAR enbart kan användas när vårdaren konsulterar läkaren. Motiveringen till detta

var att alla avdelningar intresserar sig för lite olika slags information och att det därför är svårt att tillämpa ISBAR i rapporteringen mellan avdelningarna. Någon annan hade också påpekat avdelningarnas varierande intresse gällande innehållet i rapporten men denna person var däremot för en gemensam rapporteringsmodell och tyckte att man vid behov kan lägga till information som just den avdelningen är intresserad av.



*Figur 8. Informanternas åsikter och tankar om en gemensam rapporteringsmodell.*

## 10 DISKUSSION

I detta kapitel funderar jag på resultaten av undersökningen och diskuterar väckta tankar och funna samband. Resultaten diskuteras både i förhållande till den teoretiska referensramen samt i förhållande till tidigare forskning.

### 10.1 Diskussion i förhållande till teoretisk referensram

Härnäst diskuteras i vilken grad undersökningsresultaten motsvarar innebörden av den teoretiska referensramen, alltså Benners teori ”Från novis till expert”. När undersökningsresultatet diskuteras i förhållande till denna teori har jag koncentrerat mig på faktorerna arbetserfarenhet och erfarenhet från forskningsresultaten. För att kunna göra några slags jämförelser mellan Benners utvecklingsstadier och undersökningsresultaten har jag varit tvungen att anta att personen tillhör en viss fas i Benners teori enbart på basen av dennes år i arbetslivet. I denna diskussion antas det alltså att alla studerande är noviser, att avancerade nybörjare har en arbetserfarenhet på under två år, att alla med en arbetserfarenhet på två till fem år antingen är kompetenta eller skickliga samt att de med mera arbetserfarenhet antingen är skickliga eller experter.

Största delen av resultaten var rätt så jämnfördelade i förhållande till arbetserfarenhet och skillnader mellan mindre och mer erfarna vårdare kunde enbart märkas i några frågor. I undersökningen kom det fram att de som svarat att de ofta är osäkra när de rapporterar antingen var studerande eller personer med mindre än fem års arbetserfarenhet. De som svarat att de aldrig känner sig osäkra när de ger rapport hade däremot alla över sex års eller oftare till och med över elva års arbetserfarenhet. Man kan alltså konstatera att det finns något samband mellan osäkerhet och tidigare erfarenhet. Benner säger att noviser och avancerade nybörjare saknar erfarenhet eller ännu har så lite erfarenhet att de inte kan urskilja relevanta och irrelevanta aspekter eller se helheten (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.142). Självt anser jag att osäkerhet är en naturlig känsla om man inte känner att man har total kontroll över en situation och inte vet vad som är väsentligt att beakta. Ytterligare osäkerhet orsakas eventuellt också på grund av att personen själv anser att hon ”bör kunna och veta” samt av stressen att prestera bra framför en mer erfaren vårdare. De vårdare som svarat att de aldrig känner sig osäkra när de rapporterar har

mer erfarenhet av rapportering och befinner sig på skicklig- eller expertnivå som enligt Benner kännetecknas av att man vet vad som bör göras, koncentrerar sig mer på helheten än detaljer och handlar på basen av intuition (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.143). I öppna frågan hade även någon uttryckt att rapporteringen skulle kännas säkrare om den följde en modell.

Benner påstår att speciellt noviser men även avancerade nybörjare förlitar sig på konkreta regler och riktlinjer, eftersom de saknar erfarenhet och ett bredare perspektiv (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.142-143). I undersökningen kom det fram att 84,4 % är för en gemensam rapporteringsmodell och av dem som svarat nej eller vet ej var ingen studerande. Undersökningsresultatet antyder alltså att speciellt studerande stöder tanken om en gemensam rapporteringsmodell, vilket även stämmer överens med Benners tanke om deras behov av regler och riktlinjer. Överlag har ju en mycket stor andel ansett att en gemensam rapporteringsmodell vore bra men en lika stor andel har ändå inte ansett att en förutbestämd modell skulle underlätta deras eget rapportering. De som ansett att deras egen rapportering inte skulle underlättas av en modell har alla en arbetserfarenhet på sex till trettio år. Det här tycker jag är ett intressant fenomen och undrar om det möjligtvis kunde bero på att erfarna vårdare som känner sig självsäkra när de ger rapport, inte anser att en modell skulle underlätta deras eget rapportering men däremot nog någon annans, till exempel en studerandes.

Det vore fint om mindre erfarna vårdares behov skulle beaktas, eftersom teorin enligt Benner säger att de i brist på erfarenhet behöver mera regler och riktlinjer. Jag anser inte att det är något bort av en erfaren vårdare som vet vad som skall rapporteras att använda en modell om den kan underlätta någon annans arbete. Hurudan struktur rapporten följer har nämligen inte enbart betydelse för sändaren utan också för mottagaren. I undersökningen framkommer att ingen med en arbetserfarenhet på mindre än två år svarade nekande på frågan om att rapporten skulle vara tydligare om de visste i vilken ordning informationen kommer.

I både kvantitativa och kvalitativa resultatet kom det fram att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som ger den. I kvalitativa resultatet samt i följdfrågan 17b fördes det även fram att erfarna vårdare vet vad en rapport skall innehålla och att det är

något man lär sig med tiden. Visserligen är det precis det här som Benner också antyder att färdigheter utvecklas genom erfarenhet men samtidigt säger hon även att det är kombinationen av erfarenhet och teori som är grunden för en trygg utveckling (Alligood & Tomey Marriner 2010 s.140). En teoretisk grund i rapportering samt ett stöd av en godkännbar modell är något en oerfaren vårdare förlitar sig på men även något som en erfaren vårdare har nytta av i sin utveckling. Eftersom alla vårdare ändå är tvungna att genomgå alla skeden i utvecklingen innan de når expertnivå anser jag att man inte enbart kan förlita sig på erfarenhet angående rapportering. Det tar tid att få erfarenheter och utvecklas men rapportering börjar ändå genast när vårdaren stiger ut i arbetslivet. En nyutexaminerad vårdare bör kunna rapportera på en sådan nivå att informationen är klar och relevant och att patientsäkerheten är tryggad. När det inte finns erfarenhet att förlita sig på anser jag att det är ytterst viktigt att stöda rapporteringen med andra metoder som till exempel en gemensam rapporteringsmodell.

Sammanfattande kan man väl säga att undersökningsresultaten stöder Benners tanke om att oerfarna vårdare tillförlitar sig på regler och riktlinjer. I undersökningen uttryckte vårdare med mindre arbetserfarenhet mera osäkerhet gällande rapporteringen än de mer erfarna vårdarna. Osäkerheten kan ha ett samband med Benners teori om att oerfarna vårdare inte ser helheter och har svårigheter att skilja på relevanta och irrelevanta faktorer. Undersökningsresultaten hade främst likheter med Benners teori om noviser och avancerade nybörjare. En orsak till det här kan vara att utvecklingen i faserna kompetent, skicklig och expert är mera varierande från person till person och därför svårare att klassificera enbart på basen av år i arbetslivet. Dessutom säger ju Benner att teorin är situationsbunden och eftersom arbetserfarenheten i undersökningen inte berättar hur länge arbetet pågått i samma eller liknande miljö, är det överlag inte helt tillförlitligt att kombinera arbetserfarenheten med en viss utvecklingsfas.

## **10.2 Diskussion i förhållande till tidigare forskning**

Härnäst diskuteras hur undersökningsresultaten motsvarar de resultat och upptäckter som gjorts i tidigare forskning. Först och främst vill jag påpeka att variationen i muntliga rapporterna på Haartmanska sjukhuset är stor, eftersom hela 90 % var av den åsikten att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som ger den. Här kan man ju

redan undra vad den stora variationen beror på eftersom 94,4 % ändå ansett att det är klart och tydligt vad rapporten skall innehålla. Det kunde ju kanske bero på att vårdarna presenterar informationen i olik ordning eller att de helt enkelt har olik uppfattning om rapportens "rätta" innehåll. En annan orsak kunde vara att vårdarna glömmar bort att nämna saker som de egentligen vet att rapporten skall innehålla. Tidigare forskning säger ju att människans minneskapacitet är begränsad, en mänsklig faktor som påverkar kommunikationen (Leonard m.fl. 2004). Mänskliga faktorer kan aldrig totalt elimineras, eftersom människor inte är maskiner och människor gör misstag. Mänskliga faktorer kan dock försöka förhindras och minskas med olika slags hjälpmedel som till exempel en strukturerad kommunikationsmodell.

Variation i rapporten orsakas också av individers subjektiva stil. Subjektiv stil kan innebära olika synpunkter på vården och varierande användning av medicinska termer (Scovell 2010). I Scovells litteraturstudie påpekas att muntliga rapporter inte alltid är objektiva och att de kan innehålla irrelevant information om patienten. I kvalitativa resultatredovisning under rubriken "faktorer som orsakar frustration" förekommer också vårdarens subjektiva åsikter som en frustrerande faktor. Scovell säger att subjektiva utlåtandena ibland ändå kan vara av betydelse för patienten fastän det inte är fråga om information som inkluderas i medicinska journalen, till exempel någon social faktor. Med andra ord kan subjektiva utlåtanden ibland vara nyttiga för patientens fortsatta vård men de kan också skapa frustration. Enligt mig kan subjektiva utlåtanden också orsaka att viktigare information glöms eller får en mindre viktig roll i rapporten. Enligt Scovell skulle subjektiva stilen minska om det fanns tydliga riktlinjer om vad som är relevant eller ett klart format på vad rapporten bör innehålla.

Ett betydelsefullt resultat av kvalitativa resultatredovisningen är att rapporterna ofta innehåller mycket onödig information och saknar väsentlig fakta. Enligt kvantitativa resultaten tycker också majoriteten av informanterna att rapporterna ibland eller ofta saknar viktig information. Dessa resultat tyder på att vårdarna skulle vara i behov av att repetera vad rapporten egentligen skall innehålla och möjligen ta i bruk ett konkret minnesstöd. Enligt tidigare forskning hjälper ISBAR vårdare att organisera sina tankar och ge mera adekvata rapporter (Clark et al. 2009; Ardoin & Broussard 2011; Thomas et al. 2009). ISBAR kunde med andra ord kanske hjälpa vårdarna på Haartmanska sjukhuset



att fokusera på viktig information och minska onödig information i rapporterna. Genom att följa ISBAR skulle informationen bli mer organiserad och dessutom genom att stöda minnet med ett konkret ISBAR- kort kunde man antagligen förhindra att viktig information bortglöms.

En faktor som kan orsaka bristfällig kommunikation är skillnader i nationalitet och kultur (Thomas et al. 2009; Wallin & Thor 2008; Brindley & Reynolds 2011). Det här är en mycket aktuell faktor inom hälsovården, eftersom anställning av utländska vårdare blivit vanligare. I kvalitativa resultatet har även någon kommenterat att en gemensam rapporteringsmodell kunde underlätta vårdare av olika nationalitet att förstå muntliga rapporten. Själv anser jag att en gemensam rapporteringsmodell skulle ge en enhetlig struktur och därmed minska på kulturella skillnader som kan förekomma i rapporterna. Dessutom tror jag att ett konkret ISBAR- kort kunde upplevas som ett bra stöd för personer som är tvungna att kommunicerar på annat språk än sitt modersmål.

Tidigare forskning säger att avsaknad av struktur och standard i kommunikationen är en orsak till bristfällig kommunikation (Wallin & Thor 2008). ISBAR ger kommunikationen struktur och gör den därmed även effektivare (Clark et al. 2009). I denna forskning framkommer det att majoriteten av informanterna tycker att rapporten ofta har logisk struktur. Största delen anser även att det ofta eller för det mesta är lätt att följa med de muntliga rapporterna. Dessa positiva resultat tyder enligt mig på att rapporterna ändå för det mesta följer någon slags logisk ordning och inte innehåller allt för mycket onödig eller flummig information. Trots att resultaten angående strukturen i rapporten är positiva tycker samtidigt hela 71,1 % att rapporten skulle vara tydligare om de visste i vilken ordning informationen kommer. I denna aspekt kunde ISBAR göra rapporten mer tydlig, eftersom ISBAR ger kommunikationen förutbestämd struktur (Wallin & Thor 2008).

I forskningen kommer det fram att majoriteten ibland eller ofta blir avbrutna under rapporten och enligt kvalitativa resultaten är ständiga avbrott en faktor som orsakar frustration hos vårdarna. 67,8 % säger att de ibland glömmer viktig information på grund av att de blir avbrutna. I forskningen framkommer det inte direkt vilka de störande faktorerna är som avbryter rapporten men av egen erfarenhet kan jag tänka mig att det hand-

lar om frågor av mottagande parten, frågor av utomstående personer eller helt enkelt högljudd omgivning, människor som talar, telefoner som ringer med mera. Tidigare forskningar berättar att högt ljud försämrar kommunikationen, eftersom hög ljudnivå orsakar stress, koncentrationssvårigheter, irritation eller att det sagda inte hörs ordentligt under rapporten (Thomas et al. 2009; Leonard et al. 2004; Scovell 2010). Enligt denna forskning är brist på lugna och tysta utrymmen för rapportering en faktor som orsakar frustration hos vårdarna på Haartmanska sjukhuset. Denna faktor går dock inte att underlätta med ISBAR utan snarare med att sjukhuset skulle ha skilda utrymmen för rapportering. I praktiken kan det kanske ändå vara svårt att ordna sådana utrymmen eftersom sjukhuset inte har extra utrymme till förfogande. Personalen kunde ändå beakta den dåliga effekten av högljudd omgivning genom att försöka minska på onödigt ljud i kansliet, till exempel undvika privata diskussioner och så vidare.

Angående avbrott på grund av mottagande partens frågor förekommer det varierande åsikter. Någon tycker att det är irriterande att ständigt bli avbruten och önskade därför att frågor skulle ställas först i slutet av rapporten medan en annan tycker att det är bra att mottagaren ställer frågor mitt i rapporten. Här kommer man lite in på Scovells (2010) tanke om att det finns olika normer för kommunikation, bland annat angående frågeställning. Enligt direktiven för användning av ISBAR skall mottagaren lyssna aktivt utan att avbryta sändaren och ställa frågor om något blivit oklart (Svenska Kommuner och Landsting 2010). Själv tycker jag att tidpunkten för frågeställning under rapporten är en knepig fråga. Och ena sidan kan avbrott under rapporten orsaka att den som rapporterar tappar tanken och glömmer att nämna något viktigt men och andra sidan kan mottagaren glömma vad han/hon ville fråga om frågorna får ställas först i slutet av rapporten.

I forskningen uttrycks frustration över att mottagaren inte alltid orkar lyssna aktivt utan skyndar på den som rapporterar. Tidigare forskning säger att lyckad kommunikation och därmed även lyckad användning av ISBAR alltid kräver aktivt lyssnande och full uppmärksamhet av alla som deltar i kommunikationen (Wallin & Thor 2008). Med andra ord skulle det aldrig få förekomma en känsla av att den andra inte lyssnar aktivt i kommunikationen, varken med eller utan ISBAR. En annan faktor för lyckad kommunikation som nämns i flera tidigare forskningar är kvitteringen av budskapet eller så kallad

*Closed Loop Communication* (Wallin & Thor 2008; Brindley & Reynolds 2011; Leonard et al. 2004). I forskningen kommer det fram att majoriteten av vårdarna ibland eller ofta kontrollerar att de förstått informationen rätt genom att upprepa den högt. Enbart 2,2 % sade att de aldrig gör det. Det här tycker jag att är mycket positivt resultat eftersom kvittering är så avgörande i kommunikationen och utgör även en del av ”rekommendationen” i ISBAR- modellen.

Majoriteten av vårdarna på Haartmanska sjukhuset tycker att de ibland eller ofta är tvungna att söka upp information om patienten under rapporten. Otillräcklig information om patienten nämns även som en frustrerande faktor. ISBAR kunde möjligtvis underlätta detta problem eftersom tidigare forskning säger att användning av ISBAR ökar kännedom om patientens aktuella tillstånd, organiserar vårdarens tankar samt minskar på mängden information som bör sökas upp under själva rapporten (Ardoin & Broussard 2011). Nu vill jag dock påpeka att det ändå beror på vårdaren hur mycket information hon/han har om patienten när hon ger rapport. I bruksanvisningarna för ISBAR påpekas det att man bör ha en viss information om patienten när man rapporterar och att det därför bland annat är viktigt att bedöma patientens vitala parametrar innan man rapporterar (Svenska Kommuner och Landsting 2010). ISBAR ger alltså en grund och struktur för vad som skall nämnas i rapporten men vårdaren är ju nog själv tvungen att ta reda på information om patienten. Tidigare forskning säger att ISBAR underlättar planeringen av rapporten (Ardoin & Broussard 2011). Naturligtvis kan det alltid uppstå frågor som den andra inte är förberedd på men om rapporten för övrigt är heltäckande och adekvat är det kanske inte så frustrerande att den andra söker upp någon enstaka information. Vårdaren bör dock se till att patientjournalen finns till förfogande under rapporten så att eventuell uppsökning av information blir effektivare.

Resultatet av min forskning visar att vårdarnas åsikter om vikten av muntliga rapporten och patientjournalen är varierande. Majoriteten 61,1 % anser att muntliga rapporten har stor betydelse för patientens vård, men i kvalitativa resultatet märks att en del ändå förlitar sig mera på informationen i patientjournalen. Självt håller jag med dem som kommenterat att muntliga rapporten och patientjournalen stöder varandra och att man inte enbart kan förlita sig på muntliga rapporten. Jag tycker att kommentarerna om att muntliga rapporten överför viktig information snabbt samt att den är avgörande om vårdaren

inte genast hinner läsa patientjournalen motsvarar mina egna erfarenheter. Patientflyttningarna kan ibland vara hektiska och i praktiken har vårdaren inte alltid möjlighet att läsa patientjournalen genast och då är en bra muntlig rapport avgörande för patientens fortsatta vård.

Enligt tidigare forskning kan osäkerhet och rädsla orsaka bristfällig kommunikation (Thomas et al. 2009; Brindley & Reynolds 2011). I min undersökning kommer det fram att 85,6 % av vårdarna ibland är osäkra när de rapporterar. Tidigare forskningar säger att användning av ISBAR minskar vårdarnas nervositet och ökar deras självförtroende (Clark et al. 2009; Ardoin & Broussard 2011). I kvalitativa resultatet av min forskning har även någon uttryckt att en gemensam rapporteringsmodell skulle ge en känsla av säkerhet. I tidigare forskning har ISBAR speciellt visat sig ha en positiv inverkan på studerandes och nyutexaminerade vårdares kommunikationsförmåga och självförtroende (Thomas et al. 2009). Det känns naturligt att studerande och nyutexaminerade vårdare som saknar erfarenhet känner sig nervösa och osäkra när de rapporterar och därför tycker jag att ISBAR är ett ypperligt hjälpmedel, eftersom modellen kan inläras och övas redan under studietiden. Nyutexaminerade vårdare skulle säkert vara mindre osäkra och deras rapportering skulle kännas lättare om de kunde utnyttja en bekant rapporteringsmodell. Om ISBAR skulle användas över allt i hälsovården skulle det samma även gälla för erfarna vårdare om de byter arbetsenhet.

I kvalitativa resultatredovisningen kommer det fram att någon anser att ISBAR inte går att tillämpa i rapporteringen mellan avdelningarna utan enbart i kommunikationen mellan läkare och vårdare. Denna tanke betyder enligt mig att informanterna inte har tillräckligt med information om ISBAR, eftersom litteraturen säger att ISBAR går att anpassa till all möjlig slags kommunikation, inte enbart till kommunikation mellan läkare och vårdare (Wallin & Thor 2008). Jag tycker att det är viktigt att beakta att tillräcklig information och kunskap är avgörande när något nytt införs i verksamheten. Människor har en tendens att motsätta sig förändring och därför är en bra motivering nyckeln till förändring av beteendemönster och lyckad inläring. Ett resultat av Becketts och Kipnis (2009) forskning är att ISBAR tillsammans med information om samverkande kommunikation ger upphov till statistiskt märkbara förändringar, medan ISBAR ensam inte har likadana resultat. Det här resultatet tycker jag visar vikten av tillräcklig information i

samband med införandet av något nytt. Bred bakgrundsinformation hjälper människorna att förstå varför något görs och därmed ökar även sannolikheten att den nya informationen införs i det egna arbetet. För att användningen av ISBAR skulle bli så lyckad som möjligt på Haartmanska sjukhuset anser jag att personalen bör få utbildning i kommunikationsteknik samt faktorer som orsakar problem och misstag i kommunikationen. Förutsättningarna för införandet av ISBAR är ändå huvudsakligen goda eftersom forskningen säger att hela 84,4 % av vårdarna inställer sig positivt till en gemensam rapporteringsmodell.

Sammanfattande kan man konstatera att på basen av tidigare forskning kan ISBAR underlätta muntliga rapporteringen mellan vårdarna på Haartmanska sjukhuset. Användningen av ISBAR kan minska variationen i rapporterna bland annat genom att reducera subjektiva utlåtanden. Ett konkret ISBAR- kort skulle fungera som stöd för minnet och organisera vårdarnas tankar. En gemensam rapporteringsmodell skulle lyfta fram viktig information och minska på onödig information, med andra ord skulle rapporterna bli mer adekvata. Genom användning av ISBAR skulle ordningen på informationen vara förutbestämd, vilket enligt vårdarna skulle göra rapporten tydligare. ISBAR framhäver kvitteringen av information, något som många vårdare redan använder på Haartmanska sjukhuset. ISBAR skulle minska vårdarnas osäkerhet och underlätta planeringen av muntliga rapporten. Slutligen bör ännu påpekas att all lyckad kommunikation kräver att alla som deltar i kommunikationen är uppmärksamma och lyssnar aktivt.

## 11 KRITISK GRANSKNING

I kritiska granskningen avgörs forskningsprocessens och resultatens pålitlighet. Till en början kan man konstatera att forskningen mäter det som avsetts att mäta, alltså Haartmanska sjukhusets vårdares uppfattning av muntliga rapporteringen mellan avdelningarna före ibruktagande av ISBAR. Det handlar med andra ord om forskningens interna validitet (Jacobsen 2007 s.268). Frågorna i enkäten mäter det som avsetts att mäta, fastän det i enkätundersökningar alltid finns en risk att frågorna missuppfattas. Denna forskning koncentrerade sig på rapporteringen mellan avdelningarna i samband med patientförflyttningar och detta betonades ännu skriftligt i samband med enkäten. På basis av vissa svar finns det ändå skäl att anta att problemavgränsningen missuppfattats till att beröra muntliga rapporten vid bytet av arbetsskift. Denna eventuella missuppfattning är dock inte särskilt avgörande, eftersom dessa två muntliga rapporter är rätt så lika och båda ändå handlar om rapport mellan två vårdare, inte mellan läkare och vårdare.

På grund av forskningens syfte och för att det här är ett beställningsarbete är forskningens anpassad till Haartmanska sjukhusets muntliga rapportering mellan avdelningarna. I princip kunde undersökningen lika väl utföras inom andra hälsovårdsenheter som använder muntliga rapporter. Denna generaliserbarhet kallas för extern validitet (Jacobsen 2007 s.268).

Reliabilitet innebär tillförlitlighet, alltså att forskningsmetoden är pålitlig (Jacobsen 2007 s.268). Denna forsknings datainsamlingsmetod var enkät, vilket ansågs vara det effektivaste sättet att nå en så stor målgrupp. I forskningen deltog allt som allt 90 vårdare och svarsprocenten var 60 %, vilket är rätt så bra. Eftersom enkäten besvarades anonymt finns det ingen orsak att anta att svaren inte vore uppriktiga. Med enkäten finns det dock en risk att frågorna uppfattats fel eller att besvarandet skett under brådska och att frågorna därför missuppfattats eller annars bara besvarats slarvigt. Jag var nöjd med formatet på enkäten, alltså 19 flervälsfrågor och en öppen fråga. Att enkäten främst bestod av flervälsfrågor kan möjligtvis ha påverkat svarsprocenten, eftersom vårdarna inte nödvändigtvis har mycket tid att besvara enkäten och enkätens utformning gjorde besvarandet mer effektivt. En positiv överraskning var dock mängden svar på öppna frå-

gan. Mycket få hade lämnat frågor obesvarade men några sådana fanns det naturligtvis också.

Bra relevans innebär användning av informanter som bäst representerar det man vill undersöka (Eriksson 1992 s.133). I denna forskning är relevansen hög eftersom syftet var att undersöka Haartmanska sjukhusets vårdare och detta uppfylldes. Ett stort minus angående relevansen var ju dock att jourpoliklinikens vårdare inte deltog i forskningen, eftersom införandet av ISBAR skulle börja på jourpolikliniken samtidigt som undersökningen ägde rum. Jourpoliklinikens vårdare ger mycket rapporter i samband med patientflyttningar och deras åsikter skulle ha varit ett betydelsefullt tillägg i forskningen. Förövrigt hade alla vårdare möjlighet att delta i undersökningen. Tidpunkten för besvarandet av enkäten var inte den mest lämpliga, eftersom det var mitt i sommaren och en del vårdare var på semester. Semestrarna beaktades genom att ha en svarstid på över en månad så att möjligast många skulle hinna delta antingen före eller efter semestern. Enkäten besvarades av vårdare med varierande arbetserfarenhet och även studerande deltog, precis som önskats.

Alla tidigare forskningar som använts i arbetet är rätt nya, publicerade mellan år 2004 och 2011 och deras innehåll är relevant för detta arbete. Det var svårare att hitta forskningar som enbart berörde rapportering mellan två vårdare och därför används även forskningar som behandlar rapporten mellan vårdare och läkare. Som redan tidigare nämnts är forskningarna inte finländska men kulturen i forskningarnas ursprungsländer är tillräckligt lika den finländska för att resultaten skall kunna generaliseras till finländska omständigheter.

Forskningens syfte är klart och tydligt och frågorna i enkäten besvarar forskningsfrågorna. Om jag kunde göra något annorlunda skulle jag specificera frågan gällande arbetserfarenhet till erfarenhet i nuvarande arbetsmiljö. I och med den frågan skulle sambandet mellan forskningsresultaten och den teoretiska referensramen bli mera tillförlitliga. Orsaken till att frågan inte formulerades så fastän jag tänkte på det, berodde på att frågan även borde ha beaktat arbetserfarenhet från Maria sjukhus, där verksamheten fanns innan Haartmanska sjukhuset öppnades år 2009.

## 12 AVSLUTNING

Det har varit intressant och lärorikt att forska inom ett så aktuellt ämne som ISBAR. Ämnet är relevant för arbetslivet, eftersom ISBAR haft goda resultat inom hälsovården utomlands och har nu även börjat införas i det finländska sjukvårdssystemet. ISBAR har också införts i vårdprogrammets undervisning bland annat i yrkeshögskolan Arcada. Som ämne är ISBAR inom sjukvården relativt nytt och därför är också all forskning rätt så färsk. Största delen av dagens forskning härstammar från modellens ursprungsland USA men eftersom modellen börjat sprida sig även till andra länder kommer säkert forskningarna också att göra det. I Finland finns det ännu inte mycket forskning om ämnet men jag har flera förslag på fortsatt forskning. Ett intressant forskningsområde vore effekten av ISBAR på studerande, till exempel i Arcada där ISBAR införts som en ny del av undervisningen. Som fortsättning på min egen forskning kunde man undersöka vårdarnas åsikter om den muntliga rapporten på Haartmanska sjukhuset efter ibruktagandet av ISBAR. Ett intressant forskningsområde som förekommer utomlands och som kunde lanseras även i Finland är forskning i kommunikationen mellan läkare och vårdare samt vilken effekt ISBAR har i den här typen av kommunikation.



## KÄLLOR

Aaltola, Juhani & Valli, Raine. 2001, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS- kustannus, 217 s.

Alligood, Martha Raile & Tomey Marriner, Ann. 2010, *Nursing Theorists and Their Work*, 7 uppl. Missouri: Mosby Elsevier, 797 s.

Ardoyn, Katherine B & Broussard, Lisa. 2011, Implementing Handoff Communication, *Journal for Nurses in Staff Development*: 27(3), s. 128-135

Beckett, Cynthia D & Kipnis, Gayle. 2009, Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes, *Journal for Healthcare Quality*: 31(5), s. 19-28

Befring, Edvard. 1994, *Forskningsmetodik och statistik*. Lund: Studentlitteratur, 203 s.

Benner, Patricia. 1993, *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur. 213 s.

Brindley, Peter G & Reynolds, Stuart F. 2011, Improving verbal communication in critical care medicine, *Journal of Critical Care*, april 26(2), s. 155-159.

Clark, Eileen; Squire, Sally; Heyme, Anne; Mickle, Mary-Ellen & Petrie, Eileen. 2009, The PACT Project: improving communication at handover, *MJA*, juni: 190(11), s. 125-127.

Eriksson, Katie. 1992, *Broar, Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Vasa: Åbo akademi, 331 s.

Forskningsetiska delegationen. 2009, *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Tillgänglig [www]:

[http://www.tenk.fi/eettinen\\_ennakkoarviointi/etiskapriciper.pdf](http://www.tenk.fi/eettinen_ennakkoarviointi/etiskapriciper.pdf) Hämtad 7.11.2012

Forskningsetiska delegationen. 2002, *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Tillgänglig [www]:

[http://www.tenk.fi/sv/god\\_vetenskaplig\\_praxis/praxis.html](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html) Hämtad 7.11.2012

Hansen, Inger; Månsson, Jörgen; Hallén, Marie; Westfelt, Petter; Renström, Monica & Svensson, Carina. 2010, *SBAR för strukturerad kommunikation*, Sveriges kommuner och landsting. Klippan: Ljungbergs tryckeri AB, 20 s.

Helsingfors stad Hälsovårdscentralen. 2011, *Haartmanska sjukhuset*. Tillgänglig [www]:

<http://www.hel.fi/hki/Terke/sv/Kontaktuppgifter/Stadssjukhuset/Haartmanska+sjukhuset> Hämtad 14.3.2012

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur, 316 s.

Kupari, Petra; Peltomaa, Karolina; Inkinen, Ritva; Kinnunen, Marina; Kuosmanen Anssi & Reunama Terhi. 2012, ISBAR- menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja- Sjuksköterskan*: 85(3), s. 29-31.

Larsson, Sam; Lilja, John & Mannheimer, Katarina. 2005, *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur, 426 s.

Leonard, M; Graham, S & Bonacum D. 2004, The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*: 13(1), s. 85-90.

Nursing Theory 2011. *Patricia Benner*. Tillgänglig [www]:  
<http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Patricia-Benner.php>  
Hämtad 14.3.2012

Patel, Runa & Davidson, Bo. 1994, *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur, 127 s.

Ruane, Janet M. 2006, *A och O i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur. 262 s.

Sairaanhoitajaliitto 2012. *Potilasturvallisuus*. Tillgänglig [www]:  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/hoitotyön\\_kehittämisen/potilasturvallisuus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittämisen/potilasturvallisuus/) Hämtad 10.10.2012

Scovell Sles. 2010, Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*: 24(20), s. 35-39.

Svenska Kommuner och Landsting. 2010, *Bättre kommunikation minskar riskerna i vården med SBAR*. Tillgänglig [www]:  
[http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar\\_minskar\\_risker\\_i\\_varden](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden) Hämtad 10.10.2012

Thomas, Cynthia M; Bertram, Evelyn & Johnson, Doreen. 2009, The SBAR Communication Technique Teaching Nursing Students Professional Communication Skills. *Nurse Educator*: 34(4), s. 176-180.

Wallin, Carl-Johan & Thor, Johan. 2008, SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal, *Läkartidningen*: 26. Tillgänglig [www]:  
<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9758>

## BILAGOR

### Bilaga 1 Tidigare forskning i tabellform.

Bibliografi	Metod/sampel	Syfte	Resultat
<p>The PACT Project: improving communication at handover</p> <p>Clark, Eileen; Squire, Sally; Heyme, Anne; Mickle, Mary-Ellen &amp; Petrie, Eileen</p> <p>Australien 2009</p>	<p>PACT (Patient assessment, Assertive communication, Continuum of care, Teamwork with trust) projektet gick ut på att ta i bruk SBAR i kommunikationen mellan läkare och vårdare samt i skiftesrapporten mellan två vårdare. SBAR infördes med hjälp av workshops om kommunikationsstrategier.</p> <p>Forskningsmetoden var pre- och postinterventions enkäter samt kvalitativ data. Resultaten analyserades både kvalitativt och kvantitativt.</p>	<p>PACT projektets syfte var att förbättra sjukhuspersonalens sätt att kommunicera med varandra och därmed även öka patientsäkerheten.</p>	<p>- Före projektet ansåg 85% av skötarna att kommunikationen borde förbättras.</p> <p>- Efter införandet av SBAR ansåg 68% av skötarna att rapporteringen hade förbättrats och 80% av skötarna kände sig mer självsäkra att kommunicera med läkare.</p>
<p>Implementing Handoff Communication</p> <p>Ardoyn, Katherine B &amp; Broussard, Lisa</p> <p>USA 2011</p>	<p>En survey av en pilotstudie till ett större projekt som går ut på att införa SBAR- kommunikationsmodellen i ett kommunalt sjukhus i USA.</p> <p>Vårdarnas och läkarnas upplevelser om pilotstudien utreddes med hjälp av frågeformulär.</p> <p>Informationsanalysen var kvalitativ.</p>	<p>Att reducera misstag orsakade av bristfällig kommunikation samt förbättra patientsäkerheten genom att införa SBAR i kommunikationen.</p>	<p>Resultaten av pilotstudien var positiva.</p> <p>Läkarna ansåg bland annat att vårdarnas kliniska kunskap hade ökat och att de hade mera kännedom om patientens aktuella tillstånd. Vårdarna upplevde att deras tankar var mera organiserade och att de var mer självsäkra.</p>

<p>SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal</p> <p>Wallin, Carl-Johan &amp; Thor, Johan</p> <p>Sverige 2008</p>	<p>En litteraturstudie med kvalitativ informationsanalys.</p>	<p>Att förklara mekanismen bakom dålig kommunikation samt presentera SBAR-formatet och dess användning.</p>	<p>Kommunikationen försvåras av osäkerhet gällande ansvar, stress, hierarki, kön, etnisk bakgrund och brist på struktur i kommunikationen. SBAR fokuserar på huvudbudskapet, vad som är säkert och effektivt patientarbete i den stunden. SBAR används i komplexa arbetsmiljöer och ger kommunikationen en förutsägbar struktur.</p>
<p>The SBAR Communication Technique Teaching Nursing Students Professional Communication Skills</p> <p>Thomas, Cynthia M; Bertram, Evelyn &amp; Johnson, Doreen</p> <p>USA 2009</p>	<p>En observationsstudie med kvalitativ informationsanalys.</p>	<p>Att påvisa att nytexaminerade skötares kommunikationsförmågor förbättras om SBAR införs redan under utbildningen i undervisningen och simuleringar.</p>	<p>I och med att studerandena lärde sig använda SBAR förbättrades deras kommunikation, deras självförtroende förhöjdes och informationen var mer organiserad.</p> <p>SBAR bidrog även till ett mer kritiskt tänkande och bättre problemlösning. Inövandet av SBAR underlättade övergången till arbetslivet.</p>
<p>Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes</p> <p>Beckett, Cynthia D &amp; Kipnis, Gayle.</p> <p>USA 2009</p>	<p>En evidensbaserad studie om effekten av SBAR på en pediatrik/perinatal avdelning i ett kommunalsjukhus i Arizona.</p> <p>SBAR infördes genom en SBAR-CCE intervention som innehöll teori och övningar angående kommunikationsstrategier. Data samlades med hjälp av pre- och postinterventions enkäter, intervjuer och observationer.</p>	<p>Studien hade två huvudgripande mål. Första målet var att deltagarna skulle tillämpa kunskapen de fått under interventionen och införa SBAR i dagliga kommunikationen.</p> <p>Andra målet var att förändringarna i kommunikationen skulle förbättra patientsäkerheten och grupparbetet samt</p>	<p>Första målet uppfylldes när personalen började kommunicera enligt SBAR.</p> <p>SBAR-CCE interventionen förbättrade kommunikationen och samarbetet mellan vårdarna och läkarna, vilket i sin tur ökade patientsäkerheten. Studien visar att SBAR tillsammans med information om samverkande kommunikation bidrog till statistiskt märkvärdiga</p>

	Data analyserades både kvalitativt och kvantitativt.	allmänt öka belåtenheten hos personalen och patienterna.	förändringar i kommunikation, grupparbete och säkerhet.
<p>Improving verbal communication in critical care medicine</p> <p>Brindley, Peter G &amp; Reynolds, Stuart F.</p> <p>Kanada 2011</p>	<p>En litteraturstudie med kvalitativ informationsanalys.</p>	<p>Att presentera strategier för god kommunikation som härstammar från luftfarten men som även kan tillämpas inom vården.</p> <p>Vårdarnas verbala skicklighet bör motsvara deras praktiska skicklighet och färdigheter.</p>	<p>- talarens ansvar att kommunicera klart och tydligt.</p> <p>- dubbelkontrollera genom att säga högt vad man tänker göra eller genom att upprepa givna ordinationer.</p> <p>- använda tydligt språk, uttrycka egen oro, säga vad man tror att problemet är, ge förslag på lösning, vänta på bekräftelse (SBAR)</p>
<p>The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.</p> <p>Leonard, M; Graham, S &amp; Bonacum D.</p> <p>USA 2004</p>	<p>En observationsstudie inom ett amerikanskt sjukvårdssystem där patientsäkerheten realiserades med hjälp av undervisning inom mänskliga faktorer, standardiserade verktyg och effektiv kommunikation.</p> <p>Kvalitativ informationsanalys.</p>	<p>Att öka kvaliteten på vården samt förbättra patientsäkerheten genom att undervisa vårdarna om effektiv kommunikation.</p>	<p>Bristar i kommunikation är övergripande orsaken till misstag inom vården. Genom fungerande samarbete och effektiv kommunikation kan misstagen förhindras eller i alla fall minskas.</p> <p>När den komplexa vården kombineras med vårdarens mänskliga faktorer är misstag oundvikliga. Införandet av standardiserade verktyg som SBAR kan förbättra säkerheten och minska skillnader i kommunikation.</p>

<p>Role of the nurse-to-nurse handover in patient care.</p> <p>Scovell Sles</p> <p>Storbritannien 2010</p>	<p>En litteraturstudie med kvalitativ informationsanalys.</p>	<p>Att beskriva strukturen och funktionen av rapporten mellan två vårdare i bytet av arbetsskift samt vilka problem rapporteringen kan medföra och lösningar till dem.</p>	<p>Subjektiva stilen bidrar till att irrelevant information införs i rapporten. Saknad av struktur kan anses förvirrande. Lösningen vore riktlinjer eller ett klart format på vad rapporten bör innehålla.</p>
--	---	--	--

## **Bilaga 2 Följebrev och frågeformulär.**

Bästa vårdare,

Helsingfors 2012

Mitt namn är Sofia Fagerström och jag studerar till sjukskötare vid Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. Jag utexamineras vintern 2012 och har nu påbörjat mitt examensarbete, som jag utför i samarbete med Haartmanska sjukhuset. Mitt forskningsämne är verbal rapportering mellan avdelningarna i samband med patientförflyttningar. Patienter flyttas dagligen mellan avdelningarna på sjukhuset och tills vidare har sjukhuset inte använt en enhetlig rapporteringsmodell. Haartmanska sjukhuset planerar att införa en enhetlig rapporteringsmodell ISBAR (introduktion, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) inom kort. ISBAR- modellen härstammar från den amerikanska marinen och används även internationellt i sjukhusvärlden. I mitt arbete vill jag ta reda på hur den verbala rapporteringen mellan avdelningarna fungerar nu innan ibruktagandet av en enhetlig modell. Mitt mål är att på basen av era åsikter utreda om ISBAR i teorin kunde underlätta och förbättra rapporteringen.

Deltagandet i forskningen är frivilligt och enkäterna besvaras anonymt. Arbetet kommer inte att innehålla information som kan avslöja någon informant personligen. Svarsblanketterna behandlas enbart av forskaren och kommer att förstöras efter analysen. Ifyllda enkäter returneras enligt informantens tycke antingen i ett stängt kuvert eller alternativt öppet till avdelningsskötaren som samlar ihop dem och överlämnar dem till forskaren. Svarstiden är fyra veckor.

Stort tack för Er medverkan!

Med vänliga hälsningar,

**Sofia Fagerström**, sjukskötarstuderande vid Arcada

[sofia.fagerstrom@arcada.fi](mailto:sofia.fagerstrom@arcada.fi)

**Annika Skogster**, handledare av arbete

[annika.skogster@arcada.fi](mailto:annika.skogster@arcada.fi)



## FRÅGEFORMULÄR

Deltagandet är frivilligt och besvarandet sker anonymt. Blanketten består av flervalsfrågor och en öppen fråga. Flervalsfrågorna besvaras genom att ringa in det lämpliga svarsalternativet och öppna frågan i fritt formulerad text. **Vänligen lägg märke till att frågorna gäller muntlig rapportering mellan avdelningarna i samband med patientförflyttningar, inte rapportering inom egna avdelningen.**

1. Utbildning            a. sjukskötare            b. när-/primärvårdare
2. Arbetserfarenhet    a. studerande            b. under 2 år            c. 2-5 år
- d. 6-10 år            e. 11-29 år            f. 30 år eller över

### **När DU GER rapport:**

3. Tycker du att det är klart och tydligt vad rapporten skall innehålla?

- a. ja            b. nej

4. Hur ofta brukar du känna dig osäker när du ger rapport?

- a. för det mesta            b. ofta            c. ibland            d. aldrig

5. Hur ofta brukar du bli avbruten när du ger rapport?

- a. för det mesta            b. ofta            c. ibland            d. aldrig

6. Hur ofta glömmar du något viktigt ur rapporten för att du blir avbruten?

- a. för det mesta            b. ofta            c. ibland            d. aldrig

7. Hur ofta är du tvungen att söka upp information om patienten medan du rapporterar?    a. för det mesta            b. ofta            c. ibland            d. aldrig

8. Skulle det underlätta ditt rapportgivande om du kunde följa en förutbestämd modell?            a. ja            b. nej            c. vet ej

**När DU TAR EMOT rapport:**

**9. Tycker du att det är lätt att följa med muntliga rapporteringen?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

**10. Anser du att den muntliga rapporten brukar ha en logisk struktur?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

**11. Tycker du att rapporten vore tydligare om du visste i vilken ordning informationen kommer?**

- a. ja      b. nej      c. vet ej

**12. Hur ofta anser du att det uteblir viktig information från rapporten?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

**13. Anser du att kvaliteten på rapporten varierar beroende på vem som ger rapporten?**

- a. ja      b. nej      c. vet ej

**14. Upplever du att du har möjlighet att ställa frågor under muntliga rapporten?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

**15. Hur ofta brukar du ställa frågor under rapporten?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

**16. Hur ofta brukar du kontrollera att du förstått rätt genom att upprepa det sagda?**

- a. för det mesta      b. ofta      c. ibland      d. aldrig

### Några allmänna frågor:

**17. a) Vore det enligt dig bra om alla följde en gemensam rapporteringsmodell?**

a. ja      b. nej      c. vet ej

**b) Om du svarade nej, så varför inte?**

---

---

---

**18. Hur stor betydelse tycker du att den muntliga rapporten har för patientens vård?**

a. stor  
nalen

**19. Upplever du att en bristfällig muntlig rapport riskerar patientsäkerheten?**

a. ja                      b. nej                      c. vet ej

**20. Upplever du att den muntliga rapporteringen mellan avdelningarna fungerar bra eller finns det något som du upplever frustrerande eller otillräckligt?**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**TACK FÖR DITT SVAR!**

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.